



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**Transição para a Parentalidade em contexto de  
Neonatologia: apoio educacional e emocional  
como intervenção terapêutica de enfermagem**

**Irina Diege de Sousa Barros**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**Transição para a Parentalidade em contexto de  
Neonatologia: apoio educacional e emocional  
como intervenção terapêutica de enfermagem**

**Irina Diege de Sousa Barros**

**Prof. Doutora Paula Diogo**

**2015**



## **AGRADECIMENTOS**

Aos enfermeiros de referência que me acompanharam neste percurso, pela sua generosidade, disponibilidade e exemplo de profissionalismo.

Às professoras Maria de Lourdes Oliveira e Paula Diogo, pelo apoio, motivação, disponibilidade e aprendizagem proporcionada.

Aos companheiros desta “viagem” - Alexandra Sousa, Daniela Reis, Helga Oliveira, Rafael Marques, Ricardo Ferreira e Taís Mendonça - cúmplices de trabalho, ouvintes de angústias e parceiros de boa disposição.

Às minhas colegas de trabalho pela compreensão e apoio em todo este percurso.

À minha família e aos meus amigos pelas palavras de incentivo nos momentos de maior desânimo e por estarem sempre presentes.

Ao José Carlos Santos, perda sentida e irreparável durante este percurso, e pelo exemplo que representa.

Ao Ruben por compreender, apoiar e substituir-me quando não estive presente.

Ao meu filho Tomás, por tão generosamente ter compreendido cada brincadeira adiada e por preencher a minha vida de tamanho amor e felicidade.

## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

CCF – Cuidados Centrados na Família

DGS – Direção-Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESCJ - Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IPFCC- Institute for Patient- and Family-Centered Care

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SUP – Serviço Urgência Pediátrica

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

## RESUMO

O presente relatório representa o percurso de aprendizagem desenvolvido em diferentes unidades de prestação de cuidados de saúde e pretende descrever, analisar e refletir sobre o caminho percorrido, apresentando os objetivos, as atividades desenvolvidas, bem como as competências adquiridas que visam a aquisição de uma prestação de cuidados especializados. Visa, primariamente, explicitar e comunicar o desenvolvimento e as conclusões referentes aos processos de pensamento de Enfermagem subjacentes a uma problemática particular da prática de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria. Tomou-se como tema transversal de estágio a “Transição para a Parentalidade em contexto de Neonatologia: apoio educacional e emocional como intervenção terapêutica de enfermagem”, e como finalidade, contribuir para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

O nascimento de uma criança prematura e/ou doente acresce dificuldades e complexifica o processo de adaptação familiar e a assunção do papel parental, neste sentido, torna-se premente ajudar estes pais/famílias a alcançarem o máximo potencial de desenvolvimento de competências que lhes permitam dar resposta aos seus problemas específicos e aos dos seus bebés. Após a identificação deste problema, pretendeu-se, desenvolver competências que permitam a maximização da saúde destas crianças/famílias, constituindo-se estas o objeto de estudo em causa, nomeadamente quanto às intervenções terapêuticas de enfermagem promotoras de apoio educacional e emocional a estes pais.

O EESCJ pelo conhecimento aprofundado que detém e pelas competências específicas que possui, tem uma responsabilidade acrescida na promoção das competências parentais para lidar com as situações normativas mas, fundamentalmente, com as situações adversas que possam surgir. A metodologia dominante baseou-se na reflexão crítica e construtiva na e sobre a prática (experiências de estágio), com alicerces na evidência científica e na opinião de peritos, com o intuito de uma tomada de decisão e de um saber que responde às necessidades identificadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, Parentalidade, Neonatologia, Transição, Apoio educacional, Apoio emocional.

## **ABSTRACT**

This report represents the learning process developed in different units to provide health care and aims to describe, analyze and reflect on the road traveled, with the objectives, the activities and the acquired skills aimed at the acquisition of the provision specialized care. It aims primarily to clarify and communicate the development and conclusions regarding the Nursing thought processes underlying a particular problem of the practice of nursing care in child health and pediatrics. It was taken as a cross-cutting issue stage of the "Transition to Parenthood in the context of Neonatology: educational and emotional support as a therapeutic nursing intervention" and intended to contribute to the development of scientific, technical and human of skilled nursing care to children, young people and family.

The birth of a premature child and / or sick adds hardships and complicates the process of family adaptation and the assumption of the parental role in this sense becomes urgent help these parents / families to achieve the maximum potential of developing skills to respond to their specific problems and their babies. After identifying this problem, it was intended to develop skills that allow maximizing the health of these children / families, constituting these the concerned subject matter, notably concerning the therapeutic nursing interventions that promote educational and emotional support to these parents.

The EESCJ by the thorough knowledge it possesses and the specific skills you have, have increased in promoting parenting skills to deal with the normative situations but fundamentally responsibility with adverse situations that may arise. The dominant methodology was based on the critical and constructive reflection on and the practice (internship experiences), with foundations on scientific evidence and on expert opinion, for the purpose of decision making and knowledge that responds to the needs identified.

**KEYWORDS:** Health Nursing of Children and Young, Parenting, Neonatology, Transition, Educational support, Emotional support.

## Índice

INTRODUÇÃO .....	8
1. QUADRO CONCEPTUAL .....	11
1.1 Parentalidade e transição para a parentalidade.....	12
1.2 Vivências parentais na hospitalização de um filho numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	15
1.3 Cuidar para a Parentalidade.....	18
1.3.1. Teoria das Transições de Afaf Meliss .....	18
1.3.2. Teoria de Consecução do Papel Maternal de Mercer.....	23
1.3.3. Intervenções de Enfermagem Promotoras da Parentalidade .....	24
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO.....	31
3. TRANSIÇÃO DE ENFERMEIRO GENERALISTA PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM .....	33
3.1. Unidade Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais (NEO1 e NEO2) .....	35
3.2. Cuidados de Saúde Primários.....	45
3.3. Internamento de Pediatria.....	53
3.4. Serviço de Urgência Pediátrica .....	57
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS .....	61
5. PROJETOS FUTUROS .....	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	65
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	67

## ANEXOS

Anexo I - Representação gráfica da Teoria das Transições de Afaf Meleis

## APÊNDICES

Apêndice I – Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice II – Cronograma de Atividades de Estágio

Apêndice III – Caracterização dos Contextos de Estágio

Apêndice IV – Entrevista a perito

Apêndice V- Instrução de trabalho sobre admissão e acolhimento do RN/ pais/família na Unidade de Neonatologia

Apêndice VI – Folha de avaliação das necessidades de aprendizagem dos pais

Apêndice VII – Folheto informativo sobre prevenção síndrome morte súbita no lactente

Apêndice VIII – Folheto informativo sobre método canguru

Apêndice IX – Nota de alta de enfermagem na Unidade de Neonatologia

Apêndice X - Diploma de participação na sessão de formação sobre “Cuidados centrados no desenvolvimento – método canguru”

Apêndice XI – Sessão de formação sobre medidas não farmacológicas no controlo da dor no RN

Apêndice XII - Jornal de aprendizagem: Estágio na NEO1

Apêndice XIII – Jornal de aprendizagem: Estágio na UCSP

Apêndice IXV – Instrução de trabalho sobre admissão e acolhimento da criança/jovem/família no internamento de pediatria

Apêndice XV – Folheto informativo sobre vigilância de saúde e vacinação

Apêndice XVI – Folheto informativo sobre prevenção de doenças e sinais de alarme na criança/jovem

Apêndice XVII – Folheto informativo sobre desenvolvimento infantil no 1.º ano de vida: principais competências do bebé e atividades promotoras do desenvolvimento

Apêndice XVIII – Folheto informativo desafios à parentalidade

Apêndice XIX – Jornal de aprendizagem: Estágio no internamento de pediatria

Apêndice XX – Principais motivos de procura do serviço de urgência pediátrico por pais de RN: Dados de Dezembro de 2014

Apêndice XXI – Sessão de formação sobre transição para a parentalidade

Apêndice XXII – Poster sobre intervenções não farmacológicas no controlo da dor na urgência pediátrica

Apêndice XXIII – Referências bibliográficas do dossier informático sobre gestão e controlo da dor na criança/jovem

Apêndice XXIV – Instrução de trabalho sobre utilização do EMLA no serviço de pediatria

Apêndice XXV – Jornal de aprendizagem: Estágio no serviço de urgência pediátrica

## INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do 5º curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e tem como principal finalidade contribuir para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

Neste sentido, pretende-se que o presente documento espelhe o estágio realizado em diferentes unidades de prestação de cuidados de saúde, distribuído por 5 locais, direcionados para a intervenção de enfermagem avançada ao recém-nascido (RN), criança, jovem e família, no decorrer dos seus processos de desenvolvimento e adaptação aos diversos contextos de saúde e de doença, transmitindo os objetivos delineados e as atividades propostas subjacentes, assim como as competências desenvolvidas no decorrer desse percurso.

Ao longo do estágio, foi dada particular atenção à problemática delineada: “Transição para a Parentalidade em contexto de Neonatologia: apoio educacional e emocional como intervenção terapêutica de enfermagem”. É fundamental aprofundar conhecimentos nesta área, uma vez que cabe aos enfermeiros através da sua formação experiencial e saberes científicos, o acompanhamento individualizado e holístico do cliente pediátrico (incluindo a família). Pelo exposto, e tratando-se a Enfermagem de uma disciplina com um corpo próprio de conhecimentos, consideramos fundamental enquadrá-la no atual paradigma, o da transformação.

O início de vida num contexto como o de uma unidade de neonatologia é difícil e problemático, especialmente para os pais, que se vêm confrontados com uma variedade de desafios de desenvolvimento do seu papel parental. Neste sentido, após a identificação deste problema, pretendemos, ao longo do estágio, desenvolver competências que permitam a maximização da saúde destas crianças/famílias, constituindo-se estas o objeto de estudo em causa, nomeadamente quanto às intervenções terapêuticas de enfermagem promotoras de apoio educacional e emocional a estes pais.

Como enfermeiros, a desempenhar funções numa unidade de neonatologia, o acompanhamento dos pais em processo de transição perante a hospitalização do RN doente e/ou prematuro é uma realidade. O interesse por esta área advém precisamente

da prática diária, onde surge, frequentemente, a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde desta população específica, assim como, desenvolver competências que permitam prestar cuidados de enfermagem ao mais alto nível de qualidade científica, técnica e humana. A justificação converge motivos pessoais, que se prendem com o interesse pessoal e o percurso académico anterior, no âmbito do Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, e motivos profissionais, que emergiram de necessidades pessoais, do contexto profissional e da equipa, identificadas após o autodiagnóstico realizado e o questionamento informal da equipa de saúde.

O grande desafio que se coloca aos enfermeiros consiste em apoiar os clientes que se encontram em transição, compreender os seus processos e desenvolver intervenções apropriadas às suas necessidades e ao seu estado de saúde (Schumacher & Meleis, 1994). Os enfermeiros devido à natureza da sua profissão, são os prestadores de cuidados que acompanham as crianças e famílias em processos diversos de transição e assistem às mudanças e exigências que as transições trazem à sua vida diária. Têm, por isso, uma posição privilegiada para criar condições que contribuam para uma transição saudável, que favoreça o desenvolvimento humano, a maturidade, o equilíbrio e a estabilidade (Zagonel, 1999). Acreditamos que o EESCJ, pelo conhecimento aprofundado que detém e pelas competências específicas que possui, tem uma responsabilidade acrescida na promoção das competências parentais para lidar com as situações normativas mas, fundamentalmente, com as situações adversas que possam surgir.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007, p. 15), o enfermeiro especialista deverá ter “ (...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (...)” e deve demonstrar “ (...) níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”. Relativamente às competências específicas do EESCJ, a OE (2010b) definiu que o mesmo deverá “assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”. Tendo por base estes enunciados, a principal finalidade, ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi desenvolver as competências preconizadas para o EESCJ, utilizando todos os

conhecimentos, toda a experiência acumulada e reflexão ética para permitir o melhor cuidado, tendo em conta as necessidades e projetos de saúde das crianças/famílias. Simultaneamente, pretendemos contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, nos diferentes contextos da prestação de cuidados, no âmbito da Saúde Infantil e Pediatria. A metodologia utilizada como ferramenta deste percurso, centrou-se na evidência científica, na experiência, na reflexão crítica e construtiva sobre a prática e na opinião de peritos, com o intuito de uma tomada de decisão e de um saber que responde às necessidades identificadas.

Estruturalmente, o presente relatório tem início com um quadro conceptual onde se pretende contextualizar e fundamentar a problemática escolhida. Numa segunda parte, desenvolve-se mais detalhadamente o problema e o objeto de estudo, clarificando-se as razões que motivaram a escolha do tema. Posteriormente, aborda-se o percurso desenvolvido durante o estágio realizado, dando-se especial destaque aos objetivos delineados, atividades realizadas e competências desenvolvidas. É dada especial relevância a algumas sugestões relacionadas com a melhoria do cuidar em enfermagem, que se visa dar continuidade no futuro, com vista a contribuir para a maximização da saúde das crianças/famílias. Consecutivamente, é apresentada uma reflexão final sobre o percurso desenvolvido e considerações sobre a aprendizagem, onde serão enunciadas as principais dificuldades e limitações sentidas. Para terminar, são contempladas as referências bibliográficas que dão sustentação ao trabalho desenvolvido. Em apêndices, apresentam-se os documentos resultantes das experiências de estágio, considerados relevantes e pertinentes neste percurso.

O presente documento surge redigido na primeira pessoa do plural do tempo verbal, no sentido de facilitar a comunicação da riqueza pessoal com que se revestiu a experiência vivenciada, privilegiadamente acompanhada por diferentes intervenientes neste percurso, num trabalho conjunto para todos os que nele deram o seu contributo.

## **1. QUADRO CONCEPTUAL**

Neste capítulo, apresentamos os conceitos estruturantes para o processo de aprendizagem e elaboração do presente relatório, que serviram como suporte orientador para a definição posterior dos objetivos e atividades, pelo que se considerou fundamental abordá-los. Numa primeira parte, apresentamos o que os autores entendem por parentalidade e transição para a parentalidade, abordando-se sumariamente a teoria dos sistemas da família. Posteriormente, focamos nas particularidades da vivência da parentalidade nas unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN), face à doença e hospitalização de um filho. De seguida, apresentamos e exploramos o referencial teórico no qual o presente relatório se alicerça, a teoria das transições de Meleis e a teoria de consecução do papel maternal de Mercer, justificando a sua escolha. Por fim e num terceiro ponto, desenvolvemos a intervenção do EESCJ dando especial destaque à filosofia dos cuidados centrados na família e a parceria de cuidados, ressaltando as intervenções de enfermagem promotoras de apoio educacional e emocional aos pais.

### **1.1 Parentalidade e transição para a parentalidade**

O momento em que nos transformamos em pais ou em mães revela-se uma transição essencial no nosso percurso de vida (Cruz, 2005), um marco em todo o processo de desenvolvimento familiar. Brazelton (1983) citado por Sá (2004, p.20) considera que este acontecimento “assinala o nascimento da família”. Assim, a experiência de ter um filho inaugura um momento importantíssimo no ciclo vital da mulher e do homem, com grandes repercussões no meio familiar, representando um dos acontecimentos mais desafiadores da vida (Brazelton, 1992) e a tarefa mais complexa da idade adulta (Cruz, 2005).

Canavarro (2005, 2006) considera que a decisão de engravidar e de ser mãe/pai tem uma forte influência na construção da representação de maternidade/paternidade. Colman e Colman (1994, p. 175) consideram que “a gravidez é um estágio de desenvolvimento relativamente curto que inaugura um estágio muito mais longo: a condição de ser mãe ou pai”. Assim, gravidez e nascimento são melhor entendidos como processos dinâmicos de construção e desenvolvimento, que acionam outro processo, irreversível e suscetível de modificar a identidade, papéis e funções dos progenitores da família – a parentalidade (Canavarro, 2005, 2006; Colman & Colman,

1994). Desta forma, a maternidade/paternidade constituem um projeto de vida, sujeito a mudanças e tarefas de adaptação desenvolvimental. Canavarro (2005) considera que a gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto. Por outras palavras, pode-se dizer que a parentalidade é o processo de formação da maternidade e paternidade, em que ambos – homem e mulher – durante o período gestacional, trabalham internamente questões fundamentais no vir a tornar-se pai e mãe. A este respeito e nas palavras de Bayle (2005, p. 323) “ existir na cabeça dos pais e no corpo da mãe é estar antes de nascer, é tecer as malhas da vinculação intrauterina”.

Segundo Goldberg (1988), citado por Oliveira, Pedrosa e Canavarro (2005), o termo transição para a parentalidade refere-se ao período relativamente breve de tempo que medeia entre o início de uma gravidez e os primeiros meses após o nascimento de uma criança. Ainda que, biologicamente, a transição se inicie com a concepção, do ponto de vista psicológico e sociológico não é necessariamente assim. Mesmo antes da concepção pode registar-se toda uma série de acontecimentos e expectativas que a precedem, como sejam decisões acerca do *se* e *quando* ter uma criança, e que influenciam a experiência desta transição. Para Mercer (2010) tornar-se mãe e pai envolve a transferência de uma realidade conhecida e atual para uma desconhecida e nova. Esta transição requer metas de reestruturação, comportamentos e responsabilidades para alcançar uma nova concepção do *Self*.

O termo parentalidade provém do latim *parentâle*, e é definido, segundo Dayan (1999), citado por Bayle (2006), como um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafetiva permitindo a dois adultos que se tornem pais, ou seja, que sejam capazes de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do (s) seu (s) filho (s), que numa perspectiva antropológica designa os laços de aliança e filiação, entre outros. Cruz (2005, p. 13) define parentalidade como um conceito que diz respeito “ao conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade”. Para Alarcão (2000), a parentalidade é definida como um modelo de funcionamento que pressupõe o desempenho de funções executivas, como proteção, educação e integração na cultura familiar relativamente às gerações mais novas. Houzel (2004) refere que o termo parentalidade não pressupõe apenas ser pai, mas sim “tornar-se pai”, o que ocorre por meio de um processo mental complexo.

A parentalidade subentende direitos e deveres por parte dos dois componentes: pais e filhos. De acordo com o que nos dizem Relvas e Alarcão (2002), os pais têm o dever e a responsabilidade de educar, de cuidar, de proteger e de socializar a criança, devendo promover o seu desenvolvimento físico, intelectual e moral; no entanto, também têm o direito de tomarem para si, o poder decisório relativamente à sobrevivência do sistema e criação de normas e regras para a proteção dos seus elementos. Cruz (2005) considera cinco diferentes funções parentais, são elas: a satisfação das necessidades básicas de sobrevivência e saúde, o disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível, a resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares, a satisfação das necessidades de afeto, confiança e segurança e, finalmente, a quinta função, resulta das necessidades de interação social da criança e sua integração na sociedade. Neste sentido, de acordo com a autora, o conceito de parentalidade, integra três componentes: os comportamentos, as cognições e os afetos. Também a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2011, p. 66), na versão 2.0 da *International Council of Nurses* (ICN), faz referência à parentalidade como: “a ação de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.”

É indiscutível que a família representa a pedra basilar de uma sociedade (Hockenberry & Wilson, 2014). Segundo a teoria dos sistemas familiares, a família é vista como um sistema que está em contínua interação com os seus membros e com o ambiente. A família é vista como um todo, que é diferente da soma dos seus membros individuais. Neste sentido, uma mudança num membro da família causa uma mudança nos outros membros, o que por sua vez resulta numa nova mudança no membro original. Assim, o problema ou disfunção não se situa no membro familiar mas antes no tipo de interação que se estabelece na família. A família torna-se o cliente e o foco dos cuidados. Qualquer tipo de mudança é disfuncional para o sistema familiar, no entanto, esta teoria ressalva a elevada capacidade de adaptabilidade da unidade familiar (Hockenberry & Wilson, 2014). Face ao exposto, torna-se compreensível que a tradução da parentalidade em termos estruturais implica o aparecimento de um novo subsistema: o parental. Este novo subsistema tem como funções básicas o apoio ao crescimento e desenvolvimento

das crianças com vista à sua socialização e autonomia/individualização. Este subsistema tem que ir encontrando respostas diferenciadas para as diferentes necessidades da família e de cada um dos seus membros (Relvas, 1996). O par conjugal, agora também par parental, tem que estabelecer limites claros entre as novas funções e as previamente definidas como associadas à conjugalidade. Casal, pais e filhos constituirão três níveis bem identificados na estrutura familiar – respetivamente o subsistema conjugal, o subsistema parental e o subsistema fraternal. Neste sentido, concebida a família como um sistema torna-se claro que também ela sofre um processo de desenvolvimento no sentido da sua evolução e complexificação. Desta forma, ela está em permanente (re) adaptação. De facto e, corroborando, Bayle (2006, p. 39) “ depois de uma gravidez a família já não é a mesma”, na medida em que o nascimento de uma criança vai obrigar cada um a posicionar-se diferentemente na família, quer em relação ao bebé quer em relação aos filhos que são agora pais.

## **1.2 Vivências parentais na hospitalização de um filho numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

É sabido que a transição normativa para a parentalidade é acompanhada por um conjunto de dúvidas, incertezas, ansiedades e preocupações por parte dos pais. Numa situação de doença e hospitalização do bebé numa UCIN, esta vivência ganha outros contornos e nas palavras de Barros (2006a, p. 235-236) representa “um começo de vida diferente .... num ambiente artificial e difícil ...”, para todos os parceiros envolvidos – bebés, pais e família. Estes casais atravessam habitualmente uma transição de planos face a um futuro idealizado como feliz e cheio de expectativas positivas, para, o de um futuro imprevisível, que lhes foge do controle, cheio de incertezas e angústias (Orzales & Lucia, 2011). Lau e Morse (2003), citados por Phillips e Tooley (2005), referem-se a esta experiência como uma montanha russa de emoções que variam desde a alegria ao alívio, tristeza, desapontamento, frustração e, frequentemente, depressão. Vários autores fazem referência ao impacto do ambiente desconhecido das UCIN’s, entendido como potencialmente ameaçador, onde se desenrolam muitos desafios ao desempenho dos seus papéis parentais (Fenwick, Barclay & Schmied, 2001a, 2001b; Heerman, Wilson, & Wilhelm, 2005; Hurst, 2001; Lupton & Fenwick, 2001). Alguns pais verbalizam que se sentiram chocados e horrorizados quando viram pela primeira vez o seu bebé, em parte devido aos inúmeros fios e equipamentos médicos a que se encontrava ligado

(Phillips & Tooley, 2005). Assim, ser pai na UCIN é um processo lento de socialização, aprendido através da familiarização com o ambiente tecnológico, mediado pelos enfermeiros, pessoal médico e outros técnicos que fazem parte da equipa (Barros, 2006a, 2006b).

Barros (2006b) refere-se ao internamento do RN numa UCIN como uma situação de crise para os pais, com características devastadoras para o seu equilíbrio e bem-estar e para a sua capacidade em assumir o seu papel parental. Jorge (2004) corrobora, adjectivando também esta experiência como uma crise, marcada por instabilidade e desequilíbrio familiar. Segundo a autora, trata-se de uma situação nova e desconhecida, ameaçadora, frequentemente de prognóstico incerto, num ambiente confuso e assustador, sobre o qual não têm nenhum controlo, e no qual são frequentemente observados, avaliados e aconselhados por um conjunto diversificado de técnicos. Barros e Brandão (2002) fazem referência às reações emocionais intensas, frequentes nestes pais, necessariamente relacionadas com as significações sobre os perigos que os ameaçam e ao seu bebé, e sobre as suas próprias competências para enfrentar esta situação. Estas significações determinam, em grande parte, os recursos que utilizam para confrontar esta crise, e a adaptação geral da família.

O stress parental vivenciado no decorrer da experiência de hospitalização de um filho numa UCIN está largamente documentado na literatura (Holditch-Davis *et al*, 2009; Trombini, Surcinelli, Piccioni, Alessandroni & Faldella, 2008; Olshtain-Mann & Auslander, 2008). De acordo com Busse, Stromgren, Thorngate Thomas (2013), este parece estar fortemente associado a ansiedade, depressão e alteração do padrão de sono, assim como aos próprios fatores ambientais das unidades e a separação física e emocional entre pais e bebé (Gonulal, Yalaz, Altun-Koroglu & Kultursay, 2014). A alteração do papel parental foi identificada como a principal fonte de stress parental (Busse, Stromgren, Thorngate & Thomas, 2013).

Sendo o RN prematuro um parceiro claramente diminuído, vulnerável e pouco competente, ele irá desencadear nos pais emoções complexas de medo, ansiedade, raiva, culpabilidade, sendo que alguns pais sentem mesmo uma incapacidade de olhar para ele. A interação pais-bebé fica inevitavelmente comprometida, uma vez que, o RN necessita de cuidados especiais imediatos que o distanciam fisicamente dos seus progenitores. Os estímulos e respostas mútuas da tríade são adiadas para um momento incerto, definido pelo estado e/ou evolução clínica do bebé. A este propósito, e parafraseando Barros (2006b, p. 305), “ (...) o bebé que no parto normal funciona como um elemento

fundamental na estimulação das atitudes interativas e reforçador dos comportamentos e emoções de vinculação, apresenta-se aqui como um parceiro claramente diminuído, vulnerável e pouco competente”. Torna-se compreensível que se inicia logo após o nascimento, a importante tarefa de aceitação do bebé que nasceu – o real – que poderá ser em tudo (aspeto físico, choro, temperamento, etc.) diferente do bebé imaginado. Neste sentido, habitualmente, os pais de bebés prematuros atravessam um período de perda – a perda do seu bebé ideal. O desempenho de novos papéis exige a adaptação ao novo ser conciliando a criança real com a idealizada e fantasiada durante toda a gravidez. Neste sentido, se o nascimento de um filho saudável, por si só, traz consigo uma cascata de vivências e emoções novas, o de um filho prematuro e/ou doente, conduz os pais a experimentarem uma sensação de perda, a perda do filho “perfeito”. É portanto fundamental que os pais façam o luto do bebé imaginário para que possam adaptar-se à realidade do prematuro e iniciar o processo de vinculação (Brazelton, 1988). Está descrito que os pais atravessam vários estádios antes de aceitarem a perda do filho imaginado, desde o choque, a negação, a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação da condição do seu filho. Habitualmente, a fase inicial desta experiência em todos os pais é o choque inicial (Kubler-Ross citada por Kenner, 2001; Orzalesi & Lucia, 2011). No entanto, a passagem por estes estádios não é necessariamente ordenada, podendo os pais experimentar características de vários estádios ao mesmo tempo, regredir a estádios anteriores ou mesmo não passar por todos eles. Por vezes, também surgem discrepâncias entre as reações emocionais e comportamentos de cada membro do casal, o que pode resultar num processo incongruente e desajustado ao nível da díade, com inevitáveis repercussões no relacionamento conjugal

A hospitalização do RN doente ou pré-termo é sempre acompanhada de uma inevitável separação emocional que acompanha a separação física de mães e crianças e que interfere com o processo normal de vinculação entre ambos (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, a mãe sofre uma dupla separação; o bebé já não está no seu útero mas, simultaneamente, também não está acessível ao seu contacto, nos seus braços. Esta separação é vista como antinatural e gera sentimentos negativos. Por sua vez, o pai, que, além de experimentar os mesmos sentimentos, apesar de, habitualmente, em menor intensidade que a mãe, tem de lidar, repentinamente, com tarefas para as quais não está preparado. Frequentemente é ele quem faz o primeiro contacto com a equipa médica, recebe a notícia inicial sobre a condição da criança e preenche a distância entre a mãe e o bebé, agindo como um elo de ligação entre a mãe e a equipa (Orzalesi & Lucia, 2011).

Face ao exposto, torna-se claro que o ambiente da UCIN representa um contexto onde dois mundos se encontram: o mundo profissional dos enfermeiros e o mundo de experiências parentais. As necessidades de eficiência e visibilidade dos profissionais contrastam com as de privacidade e cuidados individualizados dos pais. Tornar-se pai de um bebê prematuro introduz os pais a um mundo estranho e novo; o seu filho é diferente, os seus papéis parentais desenrolam-se de forma diferente e, não menos importante, o contexto de cuidados é completamente diferente daquele que eles tinham idealizado e preparado. Encontrar o seu caminho e reconhecer o seu papel e importância, torna o apoio e o respeito, por parte dos profissionais, essencial (Fegran & Helseth, 2009).

### **1.3 Cuidar para a Parentalidade**

A Enfermagem, enquanto disciplina da área da saúde, visa a prestação de cuidados de qualidade, com o objetivo de ajudar o cliente a atingir um elevado nível de bem-estar. Enquanto ciência enquadra-se em modelos conceptuais e visões filosóficas do mundo, que orientam os cuidados e ajudam a criar novo conhecimento. Tratando-se de uma disciplina com um corpo próprio de conhecimentos, considerou-se fundamental enquadrá-la no atual paradigma, tendo em consideração o seu passado histórico. Segundo Kérouac *et al.* (1994), cronologicamente, a evolução das escolas de pensamento é ilustrada em 3 paradigmas: categorização, integração e transformação. Neste último, onde nos enquadrámos atualmente, o ideal do cuidar é simultaneamente humanista e científico, incluindo pensadores orientados para uma abertura para o mundo, como a escola do ser humano unitário e a do cuidar. A escola do ser humano unitário, tem como conceito base o holismo, e é sustentada por concepções como a fenomenologia ou a teoria sistémica. A escola do cuidar domina atualmente a literatura e o discurso da Enfermagem. É fundamentada na fenomenologia, existencialismo, interaccionismo e espiritualismo (Diogo, 2015). Este paradigma considera “cada fenómeno único, que pode ser definido por uma estrutura, um modelo único; é uma unidade global de interação recíproca e simultânea com uma unidade mais abrangente” (Kérouac *et al.*, 1995, p. 13). Tem subjacentes princípios como a singularidade, o processo, a interação e o *continuum*, sendo influenciado pela teoria geral dos sistemas. Os cuidados de enfermagem visam o bem-estar, tendo em consideração as concepções de

cada pessoa. Em seguida pretende-se abordar mais especificamente as teorias que se assumiu como referenciais teóricos de enfermagem face ao tema desenvolvido.

### **1.3.1. Teoria das Transições de Afaf Meliss**

Os enfermeiros são os profissionais que mais tempos acompanham os indivíduos que vivem transições, sendo o conceito de transição central para a enfermagem (Schumacher & Meleis, 1994). Assistir as pessoas em processos de transição constitui a função mais relevante do enfermeiro (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis *et al.*, 2000; Meleis & Trangenstein, 1994). A enfermagem pretende ajudar os clientes facilitando as transições dirigidas para a saúde e a percepção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento, através dos quais a energia dos clientes pode ser mobilizada (Meleis & Trangenstein, 1994). Chick e Meleis (1986, p. 239) definiram transição como “a passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra...” e o “período de tempo entre a passagem de um estado estável para outro estado estável (...) desencadeado por eventos críticos (...)”, em que o enfermeiro pode (e deve) intervir para retomar com a estabilidade da pessoa (Meleis, 2005). Meleis *et al.* (2000) consideram que algumas mudanças, eventos ou pontos críticos podem desencadear transições no indivíduo e nas famílias, levando a alterações nos comportamentos, identidades e papéis. Segundo Schumacher e Meleis (1994), as transições são processos que ocorrem a todo o momento e que envolvem desenvolvimento, fluxo ou movimento de um estado para outro; e as mudanças que ocorrem durante as transições têm naturezas específicas.

A interação enfermeiro/cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz à ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2007). Meleis e Trangenstein (1994) definiram enfermagem como o processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar. O enfermeiro está habilitado a assistir pessoas que vivem transições, cujo objetivo não é conhecer a teoria, mas a partir da sua utilidade usar formas para utilizar este conhecimento na prática. Assim sendo, o enfermeiro trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição (Meleis, 2007). Ao enfermeiro compete preparar e informar os clientes, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição, sendo que a educação surge como um meio privilegiado para possibilitar a preparação dos clientes para as suas transições (Meleis, 2000). Assim, a intervenção do enfermeiro na transição é mais evidente nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de

papéis e de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo. Esta intervenção de “ajuda para lidar” é referida como uma forma dos clientes desenvolverem competências para enfrentar a transição – mestria – e, também, de atingirem um nível de funcionamento e de conhecimento sobre a forma como podem mobilizar a sua energia (Meleis & Trangenstein 1994).

Todo o ser humano vive durante o seu ciclo vital vários processos de transição, que têm inevitavelmente reflexos na sua esfera identitária, papéis sociais e padrões de comportamento (Chick & Meleis, 1986). A transição requer que a pessoa assimile novos saberes, adote novos comportamentos, e portanto, mude a definição da sua individualidade, do seu *Self*, no seu contexto social. Neste sentido, facilmente se compreende, que os indivíduos, ao vivenciarem determinadas transições, tornam-se mais vulneráveis aos riscos, o que pode afetar a sua saúde e bem-estar (Meleis *et al.*, 2000). Face ao exposto, compreende-se que a transição não é apenas uma passagem ou movimento mas também um tempo de reorganização e/ou transformação interior. A transição ocorre ao longo do tempo e requer mudança a nível pessoal, desenvolvimental, relacional, situacional, social e ambiental, mas nem toda a mudança envolve transição. De facto, a transição não é simplesmente mudança, mas o processo que as pessoas atravessam para incorporar a mudança (Kralik, Visentin & Loom, 2006). Chick e Meleis (1986) consideram que a transição tem uma característica essencialmente positiva, na medida em que a pessoa, ao passar pelo evento, alcança uma maior maturidade e estabilidade.

As pessoas experimentam transições quando precisam de se adaptar a novas situações ou circunstâncias de modo a integrar o evento de mudança nas suas vidas (Kralik, Visentin & Loom, 2006). Estas transições podem constituir momentos de crise para a família, mas também oportunidades de aprendizagem de desenvolvimento individual e familiar (Meleis *et al.*, 2000). Ultrapassado o período de vulnerabilidade e desequilíbrio, abre-se espaço para respostas mais adaptativas por parte da família, o que a conduz, segundo a autora, a níveis de organização, funcionamento, coesão e unificação mais complexos e gratificantes.

Através da análise de vários estudos, Meleis *et al.* (2000) desenvolveram uma teoria de médio alcance que descreve a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição e que guiam as terapêuticas de

enfermagem (anexo I). Esta teoria facilita uma visão mais aprofundada sobre as transições e proporciona *guidelines* mais específicas para a prática (Meleis *et al.*, 2000). Foram identificados quatro tipos de transições centrais para a prática de enfermagem, vividas individualmente pelos utentes ou pelas famílias, são elas: **desenvolvimental** (associadas a problemas próprios de determinada fase do desenvolvimento ou mudanças no ciclo vital), **situacionais** (relacionadas com situações e acontecimentos inesperados, que originam alterações de papéis no cliente), de **saúde-doença** (transições associadas a mudanças súbitas de papel, as quais resultam da passagem de um estado de saúde para o de doença aguda, de bem-estar para doença crónica) e **organizacional** (Meleis *et al.*, 2000; Tomey & Alligood, 2004).

A transição para a parentalidade enquadra-se no tipo desenvolvimental, situacional e de saúde-doença. Esta pode estar relacionada com a necessidade de adaptação ao papel parental, a adaptação ao RN e à sua incorporação na unidade familiar, ou pode surgir da necessidade de lidar com eventos e situações críticas como o nascimento de uma criança doente ou prematura, que exigem a mudança de papéis e redefinição da identidade parental (Meleis, 2010; Schumacher & Meleis, 1994). Neste sentido, a transição para a parentalidade é o processo de transformação individual, conjugal e social, através dos quais os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na vida da criança (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis *et al.*, 2000).

Face ao exposto, compreende-se que as pessoas podem vivenciar mais do que uma transição simultaneamente. Sendo assim, é fundamental, que a pessoa em transição esteja atenta às mudanças que estão a decorrer de forma a envolver-se nelas. Os padrões de transição elucidam-nos acerca desta situação e incluem transições únicas e múltiplas. Estas últimas, podem ocorrer, sequencialmente, ou ao mesmo tempo, de acordo com o grau de sobreposição entre as transições. A sua natureza também pode estar relacionada ou não (Meleis *et al.*, 2000). A vivência de transições múltiplas, sequenciais e relacionadas (a adaptação ao papel parental, a hospitalização do bebé e o seu problema de saúde, a perda do bebé idealizado) coloca estes pais em posição de maior vulnerabilidade, logo, com maiores dificuldades na missão de (re) - (encontrarem) o caminho da estabilidade. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro incorpora uma ajuda na tomada de consciência dessas mudanças e transições vividas, de modo a que possam (re) estabilizar-se e prosseguir, através de aprendizagem e aquisição de novas competências. Essa intervenção deveria brotar de uma intencionalidade terapêutica que

visasse facilitar a realização de transições saudáveis, aumentando a sensação de bem-estar aos clientes de enfermagem. Pelo exposto, consideramos que este referencial teórico de enfermagem se enquadra no âmbito do tema do presente relatório.

Chick e Meleis (1986) consideram que a consciencialização é uma característica definidora da transição, e que a influência da consciência de mudança poderá significar que um indivíduo não iniciou a experiência de transição. Por outro lado, o nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento, pois a pessoa só pode envolver-se depois de ter a noção da mudança. O nível de envolvimento de uma pessoa que reconhece as mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, será diferente daquela em que tal não acontece (Meleis *et al.*, 2000). As condições facilitadoras e inibidoras estão presentes a nível pessoal, da comunidade e da sociedade, sendo de destacar a nível pessoal os significados, as crenças e atitudes, o estatuto socioeconómico e a preparação e conhecimento. Uma preparação e conhecimentos prévios sobre o que esperar durante a transição e as estratégias a utilizar na gestão da situação, facilitam a experiência da transição, ao passo que o contrário prejudica todo este processo, o que não contribuiu para uma transição saudável. Os recursos da comunidade (suporte familiar, informação, modelos) e as condições da sociedade podem também dificultar ou facilitar a vivência da transição (Meleis *et al.*, 2000). Os indicadores de processo e de resultado traduzem os padrões de resposta, sendo que os primeiros caracterizam-se por sentir-se envolvido, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping* e os segundos incluem a mestria e a integração fluida (Meleis, 2000). As terapêuticas de enfermagem consideram o conteúdo da intervenção de enfermagem e os objetivos da mesma (Meleis, 2007). As intervenções de enfermagem que sejam o reflexo das diversidades e complexidades das experiências de transição precisam de ser identificadas, clarificadas, desenvolvidas, testadas e avaliadas. Consideramos pertinente definir claramente o conceito de intervenções terapêuticas de enfermagem, também à luz de outros autores. Segundo Swanson (1993, p. 354) citado por Diogo (2009) “as práticas terapêuticas (*therapeutic practices*) dos enfermeiros estão fundadas no conhecimento de enfermagem, ciências correlacionadas, as humanidades, assim como o *insight* pessoal e a compreensão experiencial, e a finalidade do cuidar em enfermagem é fortalecer o bem-estar daqueles de quem cuidam”. Os fins terapêuticos da enfermagem são sublinhados na parte final desta definição, o que é reforçado também por MacMahon e Pearson (1998) relativamente à enfermagem terapêutica (Diogo, 2009). Travelbee (1979) considera como terapêuticas de enfermagem tudo o que a enfermeira faz para ajudar o indivíduo

ou família a aceitar e encontrar significado para a sua experiência, utilizando intervenções de enfermagem no processo de comunicação.

No contexto de transição para a parentalidade, o enfermeiro procura tomar conhecimento das novas necessidades dos pais, num processo de interação participativa, de forma a tomar decisões acerca dos cuidados de enfermagem que vão ao encontro do processo de adaptação à doença e/ou a novos estilos de vida, resultante de transições situacionais (Meleis, 2005). A teoria das transições de Meleis possibilita ao enfermeiro uma compreensão mais aprofundada do processo de transição, através da qual é possível estabelecer orientações para a prática profissional, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis *et al.*, 2000).

### **1.3.2. Teoria de Consecução do Papel Maternal de Mercer**

A consecução do papel maternal (*Maternal Role Attainment*) é entendida como o processo de interação e desenvolvimento que ocorre ao longo do período de tempo em que mãe e filho se ligam e esta adquire as competências de cuidar, que o novo papel envolve e exprime prazer e satisfação com esse mesmo papel (Mercer, 1995; Meighan, 2004; McEwen & Wills, 2009). O desempenho desse papel pode ser influenciado por variáveis maternas (idade, estatuto socioeconómico, perceção da experiência do nascimento, separação precoce mãe-filho, autoestima e autoconceito, flexibilidade no ajustamento de papéis, estado de saúde, ansiedade e experiências de stress, depressão ou estados depressivos, traços de personalidade, entre outros); relacionadas com a criança (temperamento, estado de saúde, características do filho); familiares (considerando os subsistemas conjugal, parental e filial, bem como o desempenho dos respetivos papéis); e relacionadas com o apoio social (qualidade, extensão e satisfação com a rede de apoio social) (Mercer & Ferketich, 1990; Meighan, 2004). Este processo desenvolve-se em quatro fases, são elas:

- Fase antecipatória: inicia-se com a gravidez e inclui os ajustamentos sociais e psicológicos derivados desta. Relaciona-se com as aprendizagens das expectativas do papel de mãe e as fantasias com o novo papel (Meighan, 2004). É uma fase de compromissos, vinculação com o feto, preparação para o parto e maternidade. O compromisso da mulher com uma gravidez e um parto seguros e cuidar do feto estão associados a uma adaptação positiva à maternidade (Mercer, 2004);

- Fase formal: inicia-se com o nascimento, inclui a aprendizagem e desempenho do papel de mãe. Os comportamentos são orientados por expectativas formais dos outros sistemas sociais com os quais a mulher interage (Meighan, 2004). Caracterizam-se pelo restabelecimento físico da mulher, conhecimento/vinculação com o filho(a) e aprendizagem face ao cuidar, ocorrendo imitação do comportamento de especialistas e cumprimento das suas orientações. Durante esta fase, enquanto a mãe está a integrar a criança no seu contexto familiar e a aprender a cuidá-la, a sua vinculação e atitude em relação ao bebé, e a sua confiança ou a perceção de competência materna, ou ambos, encontram-se consistentemente relacionados. Nesta fase os cuidados de enfermagem são particularmente importantes na ajuda às mães (Mercer, 2004);
- Fase informal: inicia-se quando a mulher desenvolve formas particulares de lidar com o novo papel, usando o juízo crítico sobre os melhores cuidados ao filho(a). Observa-se a adequação do novo papel ao estilo de vida particular, com base nas experiências de vida e expectativas futuras. É uma fase de progressiva recuperação de uma nova normalidade (Meighan, 2004; Mercer, 2004); e por fim,
- Fase de identidade pessoal ou materna, ocorre à medida que a mulher vai interiorizando o novo papel, através do sentido de harmonia, confiança, satisfação, competência e vinculação, que vai adquirindo a medida que o desempenha (Meighan, 2004). Traduz-se no cumprimento de uma nova identidade através da redefinição do *Self* para incorporar a maternidade. A mãe sente-se confiante e competente no seu papel de mãe, expressa amor pelo bebé e tem prazer na interação. Os comportamentos de competência materna atingem o seu pico aos 4 meses, diminuindo significativamente aos 8 e 12 meses (Mercer, 2004; Nyström & Öhrling, 2004). Mobilizando-se para uma nova etapa de normalidade, a mulher começa a estruturar-se como mãe cuidadora para se ajustar a si, à família e a outros contextos de vida, conforme as suas experiências passadas e os objetivos futuros. Muita da reestruturação cognitiva ocorre quando apreende os estímulos/sinais do bebé, e se ajusta à nova realidade (Meighan, 2004; Mercer, 2004).  
As diversas fases vão surgindo à medida que o filho(a) cresce, variando de mulher para mulher, sendo interferidas pelo apoio social, pelo stress, pelo funcionamento da família e pelas relações estabelecidas. A identidade materna é atingida, independentemente do tempo, quando a mãe sente prazer com o papel e vê satisfeitas as suas expectativas (Meighan, 2004; Mercer, 2004). Os enfermeiros estabelecem relações terapêuticas com a mulher durante este processo de transição, sendo responsáveis pela apreciação de necessidades, promoção da saúde e avaliação dos efeitos da intervenção (Mercer 2004).

Para tal torna-se fundamental o desenvolvimento de práticas que maximizem as capacidades e os recursos dos indivíduos e famílias nos processos de transição. Posto isto, abordam-se de seguida as intervenções do EESCJ junto dos pais/família em processo de transição, destacando-se as principais filosofias de cuidados de enfermagem pediátricos.

### **1.3.3. Intervenções de Enfermagem Promotoras da Parentalidade**

A parentalidade representa um conceito chave para o EESCJ, emergindo como um foco de atenção relevante para a enfermagem (CIPE, 2011). A intervenção de enfermagem deve promover os processos de adaptação, satisfazer as necessidades dos pais e a sua máxima independência na realização das atividades no cuidar dos seus filhos e para tomar decisões, obtendo-se assim, a adaptação funcional aos défices de conhecimentos e capacidades, bem como a adaptação aos múltiplos fatores intervenientes no processo de transição, através da aprendizagem (OE, 2001). A parentalidade emerge ainda como um dos focos do resumo mínimo de dados de enfermagem (OE, 2007, p. 2), “concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população”, o que denota a parentalidade como uma das áreas prioritárias de uma política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Importa ainda lembrar que é do escopo de ação do EESCJ a resposta a uma diversidade de áreas complexas como “avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (OE, 2010b, p.1). É igualmente fundamental ter presente que o conceito de pessoa, nesta área de especialidade, é específico ao binómio criança/jovem e família (OE, 2011b). Por outras palavras, quando o enfermeiro está a cuidar da criança/jovem também está a cuidar da sua família, uma vez que ambos são indissociáveis. Hesbeen (2000) corrobora e considera que deverá ser desenvolvido um plano de cuidados ou projeto terapêutico que considere a pessoa/criança inserida na família.

Cleveland (2008) identificou as principais necessidades parentais nas UCIN's, destacando-se: a necessidade de informação clara e disponível, o envolvimento nos cuidados ao bebé, a vigilância constante da criança e sua proteção, o ser aceite positivamente pela equipa de enfermagem, os cuidados individualizados e estabelecimento de relação terapêutica com a equipa de enfermagem. Os

comportamentos dos profissionais que dão resposta a essas necessidades incluem: prover apoio emocional, capacitação e *empowerment* parental, ambiente acolhedor com políticas de apoio na unidade e educação parental, com a oportunidade de praticar novas competências com a participação guiada. No entanto, embora pareçam existir necessidades que são comuns a todos os pais de RN's hospitalizados, isto não deve constituir motivo para descurar uma avaliação e planeamento de intervenções individuais. Cada família é única e por isso as mesmas intervenções podem não ser adequadas para diferentes famílias. Para que a satisfação de tais necessidades ocorra, a filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos deverá ter por base os **cuidados centrados na família (CCF)**, que reconhece a família como uma constante na vida da criança. Para Casey (1993, p.233), “as crenças e valores que sustentam esta filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança”. Esta filosofia de cuidados assenta em dois conceitos fundamentais, a capacitação e o empoderamento. Neste sentido, compete aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, capacitarem as famílias através da criação de oportunidades e meios que as auxiliem a revelarem as suas habilidades e competências atuais e adquirirem novas, de forma a estarem aptos a atenderem às necessidades da criança. O empoderamento diz respeito à interação entre os profissionais e as famílias que contribui para a manutenção ou aquisição de um sentimento de controlo sobre as suas vidas e reconhecimento das mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry & Wilson, 2014). De acordo com esta filosofia, as famílias são consideradas como famílias e as crianças como crianças, reconhecendo que elas possuem uma ampla gama de forças, interesses, emoções e aspirações, para além da sua necessidade de saúde e de serviços especializados de desenvolvimento e suporte (Hockenberry & Wilson, 2014). Os CCF têm como pilares e conceitos fundamentais: a dignidade e respeito (os profissionais de saúde ouvem os clientes e valorizam as suas escolhas, incorporando os seus conhecimentos, valores, crenças e origens culturais no planeamento dos cuidados), a partilha de informação (os profissionais de saúde partilham informação de forma completa e imparcial com os clientes/família, de forma a que esta seja útil para a tomada de decisão relativa aos cuidados), a participação (os clientes/família são incentivados e apoiados a participarem nos cuidados e na tomada de decisão, no nível que desejarem) e a colaboração (os clientes/família e profissionais de saúde colaboram em programas e

políticas de desenvolvimento, na sua implementação e avaliação) (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2011).

Tendo em conta a individualidade e complexidade de cada família, o enfermeiro deverá iniciar o processo de negociação, para que os pais se sintam parte da equipa, tomando-se decisões partilhadas, fazendo referência ao que foi mencionado, pela primeira vez por Anne Casey, como **parceria de cuidados**. Atualmente a prestação de cuidados assenta neste modelo. O Regulamento das Competências Específicas do EESCJ (2010b, p.1), faz referência a este facto reafirmando que o enfermeiro “deverá trabalhar (...) em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...)”. A Carta da Criança Hospitalizada (1998) promove igualmente a parceria de cuidados, com o intuito de, em conjunto, a equipa de saúde e os pais, conseguirem uma recuperação rápida da criança/família. De facto, a parceria de cuidados é aceite atualmente como sendo ideal para estruturar as intervenções de enfermagem com pais e crianças em ambiente hospitalar. Nas palavras da autora supra citada, “o cuidado às crianças, saudáveis ou doentes, é melhor assegurado pelas suas famílias, com variáveis graus de assistência por profissionais de saúde, devidamente qualificados, sempre que necessário”, como forma de defender e preservar tanto o crescimento como o desenvolvimento da criança (Casey & Mobbs, 1988). Face ao exposto, os seus pressupostos assentam no reconhecimento que os pais são os primeiros prestadores de cuidados à criança, sob a forma de proteção, estímulo e amor, pelo que os seus conhecimentos e experiências devem ser respeitados e reconhecidos (Casey, 1995). Desta forma, é compreensível a imprescindibilidade de promover o seu envolvimento e participação nos cuidados, de forma a potenciar a qualidade dos mesmos.

É fundamental que os enfermeiros estejam conscientes de que o seu comportamento tem um grande impacto nas experiências parentais e a sua abordagem pode apoiar ou comprometer os mecanismos de *coping* dos pais face à situação vivida (Fegran & Helseth, 2009). Neste sentido, o enfermeiro deve ser um elemento facilitador da relação pais/criança e consequentemente facilitador do processo de vinculação e parentalidade. Por todos estes motivos, compreende-se facilmente que a gestão compreensiva dos cuidados ao RN de alto risco inclui encorajar e facilitar o envolvimento dos pais em vez de os isolar dos cuidados e do seu filho (Hockenberry & Wilson, 2014). É fundamental que o enfermeiro envolva os pais em qualquer atividade de cuidados, mesmo que lhe pareça pouco significativa, pois ajuda-os a sentirem-se com maior controlo sobre a

situação e com um papel mais ativo. Deve ser encorajada a sua presença nos momentos em que estes podem ser envolvidos, assim como deve ser dado reforço positivo aos pais durante os cuidados e a interação com o seu filho, de forma a se promover uma relação saudável entre os pais e a criança (Hockenberry & Wilson, 2014). A este respeito, Mercer e Walker (2006) consideram que o *feedback* e o reforço positivo da enfermeira fortalecem os comportamentos positivos da mulher.

Fujiwara, Kato e Sanders (2011), consideram que ensinar, instruir e treinar os pais sobre estratégias de promoção do autocuidado ao RN constituem instrumentos fundamentais à avaliação e desenvolvimento da parentalidade, através de métodos ativos como a demonstração (modelagem), a execução com ajuda (o ensaio direto) até obter a realização autónoma (supervisão), dando *feedback* de onde poderiam melhorar, e a definição de metas em parceria. Também o regulamento do exercício profissional do enfermeiro (REPE, 2011a) reforça igualmente que os cuidados de enfermagem podem englobar diferentes formas de atuação. Galvin *et al.* (2000) constataram que os pais consideram que para se sentirem envolvidos nos cuidados necessitam de serem incluídos nas atividades médicas e de enfermagem, poderem consultar o processo do filho, serem incentivados a participar nos cuidados diários, ficarem com a criança durante todos os procedimentos, serem incluídos nas decisões relativas aos cuidados e sentirem-se como pais, em vez de meros visitantes. Sanjari *et al.* (2009) sistematizaram quatro tipos de apoio que os enfermeiros podem disponibilizar aos pais: informativo, emocional, reforço positivo e instrumental. Kenner (2001) agrupou em quatro categorias principais as intervenções dos profissionais com as famílias dos RN's de risco: fornecer informação, reforçar sistemas de apoio, treinar habilidades na prestação de cuidados ao RN e promover a vinculação entre pais e RN's.

Também Cleveland (2008) ressalva que o ambiente da UCIN e a aproximação das equipas são cruciais para a assistência a estes pais e que o ambiente acolhedor com políticas de apoio na unidade representa um comportamento dos profissionais que dá resposta às necessidades dos pais. A promoção de um ambiente seguro e afetuoso enfatiza simultaneamente os aspetos físicos e os emocionais com vista a se obter um ambiente hospitalar humanizado, reparador e terapêutico, com influência na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes (Diogo, 2015). O objetivo será transformar positivamente a experiência e facilitar a adaptação à situação de doença e hospitalização. Os resultados do estudo desenvolvido por Fenwick, Barclay e Schmied (2001b) estão em consonância com o descrito por Diogo (2015). Os autores

demonstraram que os pais identificam as orientações detalhadas relativas ao momento da admissão na UCIN, a disponibilização de qualquer informação relativa ao seu bebé, tornando-os os mais ativos possível nos processos de tomada de decisão, o valorizar as emoções dos pais e a equipa acessível, cuidadosa e próxima, como as principais intervenções de enfermagem que os ajudaram no seu processo de capacitação e *empowerment* no decorrer da hospitalização e doença. Mercer e Walker (2006), numa revisão sobre as intervenções de enfermagem na promoção do processo de transição para a maternidade, constataram que estas se agrupam em orientações para cuidar da criança, na construção da consciência e da capacidade de resposta para a interação com o filho e na promoção da vinculação materno-infantil.

É crucial que os pais reconheçam a disponibilidade da equipa para os ouvir, para que se sintam confortáveis a expressarem abertamente os seus sentimentos. A comunicação não-verbal e empatia têm um papel importante, prevalecendo sobre a informação verbal fornecida (Orzalesi & Lucia, 2011). Esta atitude é facilitadora do estabelecimento de uma relação, centrada na pessoa, e constitui uma intervenção de enfermagem que ajuda os pais a lidar com os seus sentimentos e a reconhecer que as suas respostas são normais, também vividas por outros pais, ajudando-os a adaptarem-se a esta nova realidade (Hockenberry & Wilson, 2014). Sempre que seja possível, é importante falar com os pais na presença do bebé, descrevendo e valorizando os aspetos positivos, bem como, os aspetos críticos. Eles devem ser encorajados a tocar, abraçar e conversar com o seu bebé. Isso é importante para ajudá-los a superar a culpa e a relacionarem-se com os seus filhos. Ouvir e tentar compreender o que os pais realmente sabem, o que eles estão a pensar e o que os preocupa (Orzalesi & Lucia, 2011). A este respeito, importa acrescentar que a dimensão emocional do cuidar está diretamente relacionada com o nível de perícia e experiência dos enfermeiros. Segundo Benner e Wrubel (1989), aqueles que são peritos tendem a envolver-se emocionalmente com os clientes e dar importância às emoções na sua prática.

O toque é o primeiro ato de comunicação entre os pais e a criança (Hockenberry & Wilson, 2014), que os ajuda conjugadamente com a visualização e a interação, a gradualmente ajustarem o bebé imaginário ao bebé real (Knaus & Kennell, 1993). O contacto direto e, tão precoce quanto possível entre a díade, é determinante na recuperação e desenvolvimento do RN e bem-estar familiar. Se os problemas de saúde do bebé interferem com a capacidade de olhar, de agarrar, de mamar ou de chorar, os pais precisam de ser orientados e ajudados a manter o contacto com o seu filho (Jorge,

2004). Neste sentido, os enfermeiros podem desempenhar um papel de extrema importância sendo promotores desta vinculação e minimizando as barreiras físicas e emocionais existentes face à hospitalização e doença do bebé e que colocam em risco o estabelecimento da relação deste com os seus pais.

Para que as intervenções acima descritas sejam possíveis, é essencial o estabelecimento de uma **comunicação** entre enfermeiros e pais pois abre caminho a um relacionamento de confiança. Uma comunicação efetiva e negociação entre pais e enfermeiros contribuem para o sentimento parental de oportunidade de envolvimento na tomada de decisão (Young *et al.*, 2006). Isto só é possível se o enfermeiro conseguir respeitar os *timings* dos pais e a sua vontade e desejo de grau de envolvimento nos cuidados (Meleis, 2010). Torna-se claro que o objetivo da comunicação nas UCIN's não é apenas informar os pais sobre a condição clínica dos seus filhos; a equipa de saúde também deve educar e orientar os pais para que estes possam participar ativamente no cuidado dos seus filhos e tornar-se verdadeiros parceiros, na tomada de decisão, em todo o processo. Para além disso, a equipa também deve fazer uso das suas competências comunicacionais para entender e conter as ansiedades e emoções dos pais, apoiando e confortando-os, durante os momentos mais críticos da doença dos seus filhos e, possivelmente, no processo de luto (Orzalesi & Lucia, 2011).

Casey (1993) afirma que o enfermeiro deverá desenvolver estratégias de apoio à família, nomeadamente, através de métodos de ensino aos pais, que promovam relações positivas com o bebé, e posterior supervisão dos cuidados. Face ao exposto, importa pensar na importância da **educação para a saúde** na prática de enfermagem. Phaneuf (2005) considera que se trata de um processo que tem por objetivo aumentar ou aprofundar os conhecimentos do doente relativamente à sua saúde e ao seu tratamento, restituindo autonomia à pessoa. São vários os autores que ressaltam a sua importância e que alertam para as suas variadas formas (Hockenberry & Wilson, 2014; Redman, 2002; Phaneuf, 2005), como os cursos de preparação para a parentalidade, a ajuda para a compreensão de um diagnóstico ou tratamento médico, o encaminhamento das famílias para outros profissionais de saúde ou grupos de ajuda, a disponibilização de literatura e material apropriado ou a promoção de orientação antecipatória (Hockenberry & Wilson, 2014). Os autores supracitados consideram que requer a transmissão de informação, adequada ao nível de compreensão, quer da criança como da família e ao seu desejo de informação. Neste sentido, torna-se essencial que o enfermeiro obtenha um *feedback* da intervenção realizada a fim de avaliar se foi efetivamente promovida a

aprendizagem. Face ao exposto, compreende-se que o enfermeiro desempenha um papel fundamental no processo de preparação para a alta, partilhando com a família informações essenciais para esta poder cuidar do seu filho, autonomamente, no domicílio (Tames & Silva, 2002; Rabelo *et al.*, 2007). Pereira (2011) defende o conceito de processo de preparação do regresso a casa, considerando que este surge da necessidade de transição dos cuidados promovidos no hospital para a continuidade dos cuidados em casa, devendo este ser iniciado o mais precocemente possível. As intervenções acima referidas, ganham ainda mais significado, uma vez que é reconhecido que o momento da alta da criança pode ser um momento stressante para os pais, aumentando o sentimento de insegurança e o medo (Jorge, 2004). De facto, os enfermeiros constituem elementos facilitadores no processo de transição através da informação/formação, no âmbito dos cuidados humanizados (Mercer, 2004; Mercer & Walker, 2006; Christie, Poulton & Buting, 2007; Mendes, 2007), no entanto, a comunicação limitada entre os intervenientes pode levar à insatisfação (Christie, Poulton & Buting, 2007).

O enfermeiro que atua como educador de saúde deve valorizar, simultaneamente, as necessidades de **suporte emocional** destas famílias, tornando a sua abordagem mais individualizada, através do recurso à escuta, ao toque e à sua presença junto da família. Neste sentido, o processo educativo e o apoio emocional podem ser meios de capacitação para o fortalecimento das relações entre os pais e o RN, aumentando a capacidade de enfrentar situações com mais autonomia e segurança. Jorge (2004) ressalva que estimular as competências de cada uma destas famílias fá-las sentir ainda mais capazes para cuidar dos seus filhos durante o período de hospitalização e posteriormente, se necessário. A este respeito, Barros (1998, 2003) considera que a hospitalização também pode ser encarada como oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento, controlo de stress e de sentimento de competência para enfrentar situações, tanto para os pais como para as crianças.

Foi, sustentadas, na evidência científica e no quadro conceptual apresentado, conjuntamente com a forte consciência pessoal e profissional, de que estas intervenções de enfermagem mudam e fazem a diferença na forma como estes pais se tornam e adaptam aos seus papéis parentais, que norteamos as escolhas inerentes ao planeamento do presente relatório, que apresentamos de seguida.

## 2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

Compreender como os pais vivenciam transições ao nível da sua parentalidade face à hospitalização e doença do seu bebé, torna-se pertinente para a enfermagem, na medida em que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a viver processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as mesmas provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências (Meleis *et al.*, 2000). É também sabido que o exercício da parentalidade intervém ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança, constatando-se que a sua ausência ou alteração, pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no aparecimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage, Everett & Bullock, 2006).

A evidência científica já apresentada tem demonstrado as diferentes necessidades e preocupações dos pais em contextos de UCIN, que ressaltam a perda do papel parental como um dos principais fatores de stress e a importância da intervenção do enfermeiro. Também no âmbito do mestrado, já mencionado, foi desenvolvido um estudo de investigação sobre “Necessidades e Stress dos Pais de Bebés Prematuros Hospitalizados” em 3 unidades de neonatologia da sub-região de Lisboa de Vale do Tejo, incluindo o contexto profissional, cuja amostra incluiu 68 pais. Tratou-se de um estudo observacional, descrito e transversal, com carácter exploratório e de natureza, preferencialmente quantitativa com complemento qualitativo, tendo sido utilizada a Escala de Stress Parental na UCIN, o Inventário das Necessidades da Família na UCIN e 3 questões de natureza semiaberta. Os resultados encontrados sugerem que as alterações dos papéis parentais representam os principais fatores de stress identificados pelos pais, e as necessidades de garantia, informação e proximidade as mais valorizadas. No estudo exploram-se, ainda, as principais dificuldades e preocupações parentais no decorrer da hospitalização. Das categorias identificadas quanto às dificuldades sentidas pelos pais no cuidar do bebé prematuro hospitalizado ressalva-se as relacionadas com a prestação de cuidados diretos ao bebé, aparência, tamanho e fragilidade e afastamento físico do mesmo. Na categoria das preocupações parentais, mencionaram o momento do regresso a casa e, mais uma vez, os sentimentos de perda do papel parental, em que emergiram preocupações relacionadas com a falta de autonomia nos cuidados ao bebé e

a incerteza quanto ao desempenho do papel parental, entre outras (Barros & Botelho, 2008).

Jorge (2004) considera que o profissional de saúde deve ajudar a família a viver os processos de mudança de uma forma positiva e promover ou reforçar as forças daquela família, ajudando-a a ultrapassar as crises e as suas limitações. Torna-se fundamental que o enfermeiro esteja desperto para as particularidades do cuidar destas crianças e famílias em contexto de neonatologia, delineando e planeando estratégias de intervenção que dêem resposta às suas necessidades e minimizem os seus sentimentos de perda de poder parental, ajudando-os a adaptarem-se à nova condição, potencializando as suas capacidades e estimulando a aquisição de novas competências – numa clara adaptação à transição da parentalidade vivida nestes contextos.

Neste sentido, a identificação deste problema emerge, simultaneamente, das necessidades sentidas e descritas pelos pais, na literatura e, particularmente, no contexto profissional, abrindo portas para os objetivos delineados e atividades desenvolvidas. Neste sentido, pretendemos, ao longo do estágio, desenvolver competências que permitam a maximização da saúde destas crianças/famílias, constituindo-se estas o objeto de estudo em causa, nomeadamente quanto às intervenções terapêuticas de enfermagem promotoras de apoio educacional e emocional a estes pais.

De seguida, clarificamos o percurso formativo dando a conhecer os objetivos definidos, atividades desenvolvidas e competências adquiridas.

### **3. TRANSIÇÃO DE ENFERMEIRO GENERALISTA PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM**

Após o quadro conceptual apresentado, onde se esclareceram e desenvolveram os conceitos estruturantes do presente relatório, apresentamos de seguida a descrição e análise reflexiva do percurso formativo, tendo-se optado estruturalmente por uma apresentação individual por contexto de estágio. Neste sentido, fazemos, inicialmente, referência às atividades de estágio desenvolvidas em função dos objetivos definidos e, posteriormente, das competências desenvolvidas ao longo do período de estágio, conforme Guia Orientador das Atividades de Estágio (apêndice I).

A metodologia dominante neste percurso formativo baseou-se na reflexão crítica e construtiva na e sobre a prática (experiências de estágio), com alicerces na evidência científica e na opinião de peritos, com o intuito de uma tomada de decisão e de um saber que responde às necessidades identificadas. Neste sentido, e indo ao encontro do pensamento de Meleis (2007), questionar e ouvir são, a par com registar e falar, atividades diárias que contribuem para uma maior perceção e conceptualização da profissão. A este respeito, também Tanner (2006) considera que a reflexão sobre a prática desenvolve o conhecimento e o raciocínio clínico. De facto, a excelência dos cuidados de enfermagem passa indiscutivelmente pela capacidade de os enfermeiros serem capazes de desenvolverem a capacidade de refletirem e pensarem sobre aquilo que fazem, como o fazem e porque o fazem - ” reflexão na, para e sobre a prática” (Walsh *et al.*, 2003) citados por Cruz (2008, p. 200).

Face à finalidade da unidade curricular Estágio com Relatório, que consiste em “desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família”<sup>1</sup>, definiram-se dois objetivos gerais, o primeiro transversal aos diferentes locais de estágio e o segundo mais dirigido à problemática:

- Desenvolver competências de EESCJ no cuidar à criança/jovem e família nos diferentes contextos da prática, visando o desempenho ao nível científico, técnico e humano em situações de maior complexidade,
- Desenvolver competências de EESCJ promotoras da transição para a parentalidade em contexto de neonatologia.

---

<sup>1</sup> ESEL (2014). *Programa de Unidade Curricular. Estágio com Relatório. 2014/2015*. Lisboa: ESEL.

Os objetivos gerais tiveram em consideração os temas comuns da OE, nomeadamente no que diz respeito ao enquadramento conceptual de enfermagem de saúde infantil e pediatria, processos familiares - impacto da doença da criança nos processos familiares, relações parentais e vinculação, e neonatologia - diagnóstico e intervenções de enfermagem<sup>2</sup>. Delinearam-se ainda os seguintes objetivos específicos:

- Analisar os contextos na sua vertente funcional, estrutural e organizacional
- Promover a adaptação ao processo de transição para a parentalidade e ao desenvolvimento de competências parentais
- Aperfeiçoar técnicas promotoras de educação para a saúde
- Implementar intervenções promotoras de apoio educacional os pais
- Aperfeiçoar técnica de comunicação na relação com os pais/família
- Implementar intervenções promotoras de apoio emocional aos pais
- Promover a gestão e o alívio da dor no RN

Importa referir que todos os objetivos são transversais aos diferentes contextos de estágio (apêndice I) e que os mesmos foram apresentados e discutidos com os enfermeiros de referência.

Segundo Benner (2001, p. 32), “a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real”. A experiência é vista então como necessária para a perícia. Neste sentido, delineamos os contextos de aprendizagem prática (estágio) com vista a que estes se apresentassem como promotores de experiências reais acerca da problemática identificada. Face ao problema identificado, objetivos definidos e competências a desenvolver, a escolha dos locais de estágio foi orientada para contextos que permitissem contactar preferencialmente com o RN/pais/família e teve igualmente influência pela presença de EESCJ, enquanto modelos orientadores em contexto de trabalho, e que aceitaram ser o enfermeiro de referência. Este estágio decorreu no período compreendido entre 29 de Setembro e 13 de Fevereiro (total de 18 semanas), e os períodos específicos para cada local encontram-se esquematizados em cronograma (apêndice II). Os locais e tempos de estágios foram definidos em colaboração com a professora orientadora, com vista a darem resposta aos objetivos delineados e tendo em

---

<sup>2</sup> OE (2011). Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE. Acedido em 10/03/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaaanalise.aspx>.

conta o problema identificado. Todos os contextos de estágio têm em comum o respeito pelos direitos contemplados na Carta da Criança Hospitalizada (apêndice III).

### **3.1. Unidade Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais (NEO1 e NEO2)**

No decorrer deste estágio foi possível e, do nosso interesse, **prestar cuidados de enfermagem, quer em cuidados intensivos como em cuidados intermédios neonatais**. Em ambos os contextos, a prestação de cuidados ao RN/pais/família, em parceria, exigiu o planeamento, elaboração e implementação de planos de cuidados, com base no pensamento reflexivo e na tomada de decisão, coerente com a análise de cada situação e, assente em conceções teóricas que fundamentam os cuidados de enfermagem, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades éticas e profissionais.

As intervenções desenvolvidas tiveram a intencionalidade de promover a adaptação ao processo de transição para a parentalidade e ao desenvolvimento de competências parentais, com objetivo de promover a **educação e integração dos pais como cuidadores eficazes e parceiros no cuidar do seu bebé**, demonstrando total disponibilidade e abertura para a expressão de sentimentos e preocupações dos pais, planeando os cuidados, de forma a envolvê-los e capacitá-los, assim como satisfazendo as suas necessidades, ao longo de todo o internamento e processo de transição vivido. Foi sempre ressaltada e reforçada a importância da presença dos pais para os bebés e para a equipa, valorizando-se o seu papel. Foram igualmente valorizadas as competências, capacidades e conhecimentos dos pais e fornecido reforço positivo, assim como foram gradualmente esclarecidas as dúvidas dos pais, nomeadamente quanto aos cuidados ao bebé. O conhecimento e compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para que os enfermeiros apoiem os pais durante a transição para a parentalidade, na busca de uma transição bem-sucedida, com objetivos de melhorar as habilidades parentais e o bem-estar emocional (Meleis & Trangenstein, 1994). A filosofia dos cuidados centrados na família reconhece a família como unidade de cuidado, para além da criança; tendo estado por base das intervenções desenvolvidas. O envolvimento dos pais enquanto parceiros no cuidar, é fulcral no processo de desenvolvimento do RN prematuro e é função do enfermeiro apoiar e esclarecer com informação pertinente e adequada os aspetos globais da prematuridade (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Nesta lógica, esteve presente a preocupação de

ajudar os pais a reconhecer as potencialidades do seu bebé, a interagir e cuidar dele de forma gratificante, a construir significados para a relação parental e a dar sentido à experiência de hospitalização e parentalidade de um filho diferente, desenvolvendo competências parentais e sentimentos de autoconfiança. **A perita entrevistada** abordou igualmente as questões relacionadas com o facto de os pais terem de aceitar um filho diferente, um bebé (real) que frequentemente se afasta daquele que tinham idealizado durante toda a gravidez e que lhes pode surgir inicialmente como um estranho (apêndice IV). Neste sentido, ressalva-se a importância de valorizar aspetos aparentemente pequenos mas que têm um enorme impacto nos pais, como reforçar as competências que o bebé vai adquirindo, o facto de o bebé acalmar mais à sua presença, quando faz canguru ou reconhece a sua voz, o seu toque, ou valorizar conquistas dos pais em competências já alcançadas, face aos cuidados ao bebé, como conseguir ultrapassar medos ou dificuldades. Também Honoré (2004) valoriza as pequenas coisas porque são atos que dão ao cliente o sentimento de ser considerado e valorizado enquanto pessoa que vive uma experiência.

O EESCJ tem um papel fundamental como promotor da relação pais-bebé e no desenvolvimento de atitudes parentais positivas e de maior autonomia. Informar previamente os pais das características do seu bebé, identificar semelhanças com os progenitores, ajustadas à realidade, e alertá-los para a possibilidade de observarem comportamentos exacerbados e desajustados no bebé devido à imaturidade neurológica podem representar importantes medidas preventivas para os problemas que possam surgir durante o processo de adaptação parental. Quanto a este aspeto, a perita entrevistada ressalva a importância de se mostrar aos pais as competências e potencialidades do bebé como uma intervenção fundamental nesta transição (apêndice IV). Parece-nos importante lembrar quanto a este aspeto que é também da competência do EESCJ, a preparação prévia dos pais e familiares para o que vão encontrar, nomeadamente antes das primeiras visitas ao bebé, como uma medida eventualmente minimizadora do impacto negativo na vivência desta transição. Foi baseando-me nesta abordagem que fui interagindo e relacionando com estes pais, tentando respeitar os seus *timings* e o desejo em participarem, o que exige uma avaliação individualizada de cada pai, remetendo para a importância dos cuidados centrados na família.

Tivemos oportunidade de **observar, colaborar e realizar a admissão e acolhimento do RN/pais/família nas unidades**. De salientar que este constitui um momento chave,

problemático para os mesmos, sendo habitualmente vivido com grande ansiedade e preocupação, o que remete para a importância da atuação do EESCJ no apoio e suporte oferecido e disponibilizado aos pais/família, ajudando-os a adaptarem-se a esta transição e a entender melhor a situação por que estão e irão passar no futuro, o que remete para o a importância do estabelecimento de padrões de comunicação eficazes. Esteve presente a preocupação de não se transmitir demasiada informação num primeiro momento. De acrescentar, que a perita entrevistada enfatizou igualmente a dificuldade parental face à gestão da informação disponibilizada pelos profissionais, tendo em conta que o volume de informação fornecido aos pais pode acrescentar sofrimento à experiência (apêndice IV). Importa nesse momento que os enfermeiros desenvolvam a capacidade e sensibilidade para os sinais dados pela família e não apenas limitar-se a informar. Acreditamos que ir ao encontro destes, voluntariamente, é uma atitude que demonstra competência profissional e é o primeiro passo para a construção de uma relação de confiança. De facto, a dimensão emocional do cuidar está diretamente relacionada com o nível de perícia e experiência dos enfermeiros. Segundo Benner e Wrubel (1989), aqueles que são peritos tendem a envolver-se emocionalmente com os clientes e dar importância às emoções na sua prática. O trabalho emocional em enfermagem implica esforço e empenho para que se alcance a excelência do cuidar e o bem-estar do cuidador e do cliente. Corroborando Hesbeen (2000), os indivíduos para se poderem tornar verdadeiramente profissionais devem-se implicar na situação de quem cuidam.

A inexistência de um documento formal e institucional que sistematizasse todos os procedimentos de enfermagem relevantes para os pais num momento tão marcante como o momento da admissão na UCIN, assim como um documento promotor de uma uniformização dos cuidados, em **NEO2**, conduziu-nos à sua elaboração. Durante a realização da **“Instrução de trabalho<sup>3</sup>sobre admissão e acolhimento do RN/pais/família na Unidade de Neonatologia”** (apêndice V), estivemos em articulação com a enfermeira chefe e a enfermeira responsável da unidade, para que o mesmo representasse um recurso útil e adaptado às necessidades da instituição, unidade e equipa. O documento provisório foi ainda disponibilizado para consulta, na unidade, à consideração dos elementos da equipa, tendo sido solicitada a sua colaboração e participação, com sugestões, comentários e anotações para a sua melhoria. Finalizado o

---

<sup>3</sup> *“Esclarecimentos precisos que indicam ao colaborador os passos a seguir para a realização de determinado ato ou tarefa”* – Hospital (2014). Procedimento. Controlo dos documentos e registos.

estágio, importa referir que o documento se encontra aprovado pela instituição e chefia e, em utilização na unidade.

A perita entrevistada destaca o período do internamento do RN numa UCIN como uma janela de oportunidades em que os pais querem e estão disponíveis para aprender (apêndice IV). Fernandes, Toledo, Campos e Vilelas (2014) corroboram e consideram que apesar dos desafios únicos que coloca, tornar-se pais de um RN prematuro, representa também uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento das competências parentais. O **processo de preparação para o regresso a casa** contempla os ensinamentos e orientações graduais relativas aos cuidados ao bebé através de métodos verbais, demonstrativos e escritos, reforçados com a entrega de múltiplos folhetos existentes na UCIN sobre várias áreas no âmbito da educação para a saúde. Estes ocorrem maioritariamente de forma individualizada, e tiveram como principal objetivo que os pais se sentissem cada vez mais capazes e seguros nas suas capacidades de serem pais dos seus bebés, reconhecendo neles capacidades e características únicas. Foram várias as áreas trabalhadas no decorrer do estágio, em contexto de **educação para a saúde individual**, destacando que as mesmas emergiram das dúvidas e inseguranças expressas pelos pais, nomeadamente quanto aos temas relacionados com a alimentação e amamentação do RN, higiene e vestuário, ambiente, prevenção de acidentes, sono e repouso, posicionamento e prevenção da síndrome de morte súbita do lactente, método canguru, competências do RN, medicação e imunizações e, por fim, sinais de alarme após a alta. De ressaltar que algumas das áreas trabalhadas, foram identificadas pela perita, como sendo áreas em que os pais revelam ter poucos conhecimentos (apêndice IV). Importa salientar que estas orientações foram trabalhadas de acordo com a evolução do bebé e a própria receptividade dos pais na participação e envolvimento nos cuidados. Tivemos oportunidade de colaborar na **transmissão destas orientações/ensinos e sua validação**, contribuindo para a promoção do envolvimento e participação dos pais nos cuidados ao bebé, a fim de se desenvolver as competências parentais e de satisfazer as suas necessidades. É essencial que o EESCJ ajude os pais a desenvolver o conhecimento e habilidades, sob a forma de informações, orientações, ensinamentos, instruções, apoio, demonstração, treinos de habilidades e supervisão nos cuidados ao RN, promotores do papel parental. Consideramos que é necessário criar oportunidades de aprendizagem e ensaio de atitudes parentais concretas, no sentido de se evitar o sentimento de incompetência parental, que pode constituir uma barreira importante na relação precoce pais/bebé.

Durante a realização do estágio foi nossa preocupação que os pais se consciencializassem das necessidades do seu filho, familiarizando-se com as suas características e particularidades físicas e comportamentais, de forma a aprenderem a reconhecer os sinais dados pelo bebé e conseguirem prestar-lhe cuidados específicos de que necessitam. Neste sentido, consideramos fundamental que o EESCJ desenvolva ferramentas e recursos que permitam identificar e avaliar individualmente as necessidades de aprendizagem destes pais, ao longo do internamento, para que as mesmas possam ser trabalhadas e ultrapassadas até ao momento do regresso a casa. Foi com esse propósito que se desenvolveu e implementou o documento **“Folha de avaliação das necessidades de aprendizagem dos pais”** (apêndice VI) em NEO2 com objetivo de identificar as áreas mais prioritárias a trabalhar com cada pai, valorizando-se e identificando-se conhecimentos e experiências prévias relevantes. A perita entrevistada considera positivo a existência de instrumentos que permitam perceber as necessidades de aprendizagem dos pais e reconhece que as mesmas se vão alterando num processo contínuo, à medida que os pais vão conhecendo e descobrindo o seu bebé (apêndice IV), o que justificou a criação de dois momentos de preenchimento e de autoanálise dos pais no instrumento desenvolvido.

Surgiu ainda a necessidade de se **desenvolver um suporte em papel, tipo folheto**, para facultar aos pais **sobre prevenção do síndrome de morte súbita do lactente** (apêndice VII), uma vez que este recurso não existia e que é uma preocupação constante verbalizada pelos pais. A sua realização foi possível após uma cuidada pesquisa bibliográfica sobre o tema, incluindo-se informação clara, pertinente e atual. A inexistência de um **guia/folheto informativo sobre o método canguru**, esclarecendo os pais do que se tratava, como se procedia e principalmente que vantagens apresentava para ambos, no nosso contexto profissional, conduziu-nos à realização do mesmo, como uma das atividades de estágio (apêndice VIII). Ao implementar esta técnica na prática dos cuidados, senti, frequentemente, que muitos pais, para além do nosso esclarecimento verbal, necessitavam de mais algum suporte que os ajudasse e esclarecesse. Assumimos igualmente que este folheto poderia ser um incentivo à implementação do método na unidade, uma vez que divulgando-o junto dos pais e, sendo conhecedoras da satisfação parental face ao mesmo, eles próprios passariam a pedir à equipa a sua realização. A perita entrevistada considera os recursos escritos importantes pois suportam e uniformizam as orientações e ensinamentos fornecidos aos pais, contribuindo para que os mesmos identifiquem as suas necessidades de aprendizagem,

funcionando também como importantes recursos para consulta pós a casa. Ressalva a importância de um diagnóstico das necessidades de aprendizagem dos pais e a implementação de várias metodologias de ensino/orientação, como a transmissão oral de informação e o recurso a suportes escritos de informação como intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade (apêndice IV). Também para Opperman e Cassandra (2001), a informação deve ser transmitida de forma oral, mas também escrita, uma vez que os pais, devido à ansiedade e labilidade emocional que sentem numa situação de hospitalização de um filho, têm dificuldade em reter a informação transmitida oralmente. Estes autores referem que a informação escrita é vantajosa, uma vez que orienta transmitindo de uma forma clara e objetiva os cuidados que deve prestar, motiva pois é centrada nas necessidades do cuidador e responsabiliza na medida em que fomenta a autonomia e a responsabilidade em assegurar os cuidados, tendo por base as indicações terapêuticas. Do mesmo modo a OE (2001) destaca a promoção da saúde como um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, ressaltando a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis, mediante o fornecimento de informação potenciadora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente, promotora do potencial de saúde deste.

Pudemos constatar que o momento do regresso a casa é sempre vivido pelos pais com grande ambiguidade emocional. Por um lado, representa o momento mais esperado e desejado desde o nascimento do seu bebé, por outro, sentem e verbalizam o peso da responsabilidade de assumirem na íntegra os cuidados ao bebé, que até há pouco tempo necessitava de cuidados especializados. Neste sentido, é fundamental que o EESCJ participe ativamente no apoio prestado a estes pais, valorizando os seus medos, dúvidas e inquietações face a esse momento e reforçando as suas capacidades; foi com esta sensibilidade e consciência profissional que delineamos as nossas intervenções com estes pais. Também a **articulação e encaminhamento para os recursos comunitários**, a fim de se manter a continuidade dos cuidados e o agendamento de consultas e exames, é uma medida importante para diminuir a ansiedade dos pais neste momento, tal como a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas via telefone para a UCIN. Torna-se imperativo o EESCJ na UCIN estar atento a estes momentos e desenvolver intervenções coerentes com aqueles em que possa intervir. Com vista a promover a continuidade dos cuidados após o regresso a casa do RN/pais/família e para uniformizar a documentação realizada nesse processo, foi desenvolvida uma **“Instrução de trabalho sobre nota de**

**alta de enfermagem da Unidade de Neonatologia”**, no contexto de estágio **NEO2** (apêndice IX). O documento desenvolvido contempla uma parte inicial com indicações sobre as informações importantes a incluir em cada item da mesma, seguindo-se em anexo um protótipo da carta de alta de enfermagem e uma *checklist* de todos os procedimentos a realizar pelo enfermeiro no momento da alta do RN/pais/família da unidade.

A **observação da dinâmica dos serviços** permitiu identificar o método de trabalho de enfermeira responsável como o mais utilizado nas unidades, apesar de todos os constrangimentos inerentes à rotatividade dos horários dos enfermeiros, o que é facilitador da comunicação e proximidade estabelecida com o RN/pais/família, abrindo espaço para uma relação de maior confiança, promotora da expressão de sentimentos, dúvidas e preocupações. Por outro lado, a negociação e parceria quanto aos novos papéis face aos cuidados ao RN ocorre de forma mais eficaz e efetiva.

A complexidade das situações vividas na UCIN justifica a intervenção de uma equipa multidisciplinar. O impacto físico, emocional, social, conjugal, familiar e económico destas experiências reflete-se, na prática, na vivência de experiências emocionalmente intensas, envoltas em grande sofrimento, o que justifica frequentemente a **articulação com os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar da UCIN**, para acompanhamento dos pais, sempre que os próprios ou os diferentes profissionais o solicitem. Este estágio permitiu-nos compreender e analisar essa articulação, participando de forma ativa na mesma, **identificando e sinalizando as situações mais complexas**.

Durante o estágio, foi bastante evidente o impacto emocional da vivência do nascimento de um filho prematuro e/ou doente hospitalizado numa UCIN, tal como documentado no quadro conceptual do presente relatório. Também a perita entrevistada se refere à transição para a parentalidade em contexto de neonatologia como a vivência de um turbilhão de emoções (apêndice III). De facto, a ciência do cuidar não pode permanecer desligada e indiferente às emoções humanas. Neste sentido, se todo o cuidado tem subjacente uma relação interpessoal e intersubjetiva, e se nesta relação está omnipresente a experiência das emoções, o cuidado é também um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos e, desta forma se justifica que a neutralidade emocional não faz parte da prática de cuidados de Enfermagem (Diogo, 2015); foi suportadas nesta evidência que desenvolvemos a nossa prática de cuidados junto destes RN e seus pais/família. As intervenções atrás descritas destacam a importância dos

cuidados centrados na família como impulsor do desenvolvimento de competência parentais, vinculação e a comunicação eficaz, igualmente corroboradas por Fernandes, Toledo, Campos e Vilelas (2014) como intervenções de enfermagem, que permitem a gestão dos sentimentos/emoções.

A prestação de cuidados centrou-se igualmente na **gestão do ambiente terapêutico e estímulos ambientais, promotores dos cuidados centrados no desenvolvimento**, nomeadamente o controlo da luminosidade, do ruído, a otimização do posicionamento do RN, o método canguru, interação e estimulação adequada a cada bebé, protegendo-o da estimulação excessiva e respeitando os estádios de sono alerta, prevenção e alívio da dor e, por fim, o recurso a técnicas facilitadoras da autorregulação e organização, como a contenção e a sucção não nutritiva. O método canguru consiste no contacto materno pele-a-pele entre o RN e a mãe (podendo também ser realizado com o pai) e é uma intervenção multissensorial que envolve o tato, o olfato, a estimulação vestibular e o reconhecimento auditivo, representando um meio bastante eficaz e benéfico para os RN e para os seus pais, apresentando inúmeras vantagens para ambos. O método canguru parece ser ainda um analgésico eficaz nos procedimentos dolorosos nos bebés e é uma intervenção sempre pronta a ser usada, que é fácil de iniciar em qualquer unidade. As principais vantagens reconhecidas do método estão direcionadas para o RN, para os pais e para os serviços de saúde, destacando-se a promoção da vinculação, a redução da resposta à dor do RN, a promoção da interação entre a tríade, a promoção da amamentação, o aumento da autoestima e autoconfiança parental para cuidar do RN, o aumento ponderal mais rápido do RN, a diminuição do tempo de internamento hospitalar e do número de readmissões após a alta (DGS, 2012b; Kashaninia, Sajedi, Rahgozar & Noghabi, 2008; Miltersteiner, Miltersteiner, Rech & Molle, 2003; Morrow, Hidinger & Wilkinson-Faulk, 2010).

No decorrer do estágio em **NEO1**, surgiu a oportunidade de **participação na sessão disponibilizada para a equipa multidisciplinar da UCIN** sobre “Cuidados centrados no desenvolvimento – Método Canguru” (apêndice IX). É fundamental que os enfermeiros conheçam e divulguem o mesmo, de forma a implementá-lo como uma “ferramenta” fundamental para o desenvolvimento dos laços da tríade, promovendo uma maior proximidade dos pais em relação aos seus filhos e um sentimento de autorrealização parental. A importância deste método foi igualmente um dos aspetos que emergiu como essencial da entrevista ao perito (apêndice IV). Durante o estágio tivemos oportunidade de **implementar este método e de o incentivar**, esclarecendo os

pais das suas vantagens, quer verbalmente quer mediante a entrega do guia da unidade sobre método canguru. A experiência proporcionada e os conhecimentos adquiridos quanto ao método canguru foram importantes para, posteriormente, o divulgar no nosso contexto profissional, em **NEO2**, e implementar mais consistentemente nos cuidados prestados aos RN/pais/família. **A sensibilização da equipa para a implementação do método canguru** foi conseguida através do exemplo dado na prática de cuidados e da promoção de momentos de reflexão em equipa sobre o mesmo, ressaltando e valorizando as opiniões, comentários e emoções demonstradas pelos pais durante e após essa experiência. Esses momentos ocorreram, intencionalmente, nas passagens de turno. Foi igualmente realizada uma sessão de formação sobre medidas não farmacológicas de controlo da dor no RN, dando-se especial destaque ao método canguru, como forma de atingir simultaneamente dois dos objetivos a que nos propusemos.

Durante o estágio foi também nossa preocupação, **a promoção e incentivo ao aleitamento materno**, não só pelos indiscutíveis benefícios nutricionais e imunológicos do leite materno mas também pelo importante papel do mesmo como promotor da vinculação com o bebé. O ato de amamentar para além de promover o contacto físico e pele a pele entre o RN e a mãe, contribuiu para promover a assunção do papel maternal, emergindo na figura materna, sentimentos de grande importância e utilidade para ao bebé e a sua recuperação. Recordamos conversas com mães que nos confidenciavam que se sentiam bem, úteis e importantes pois sabiam que aquele leite fazia parte do tratamento do bebé e que só elas o poderiam dar. Nesse sentido, a nossa intervenção direcionou-se no sentido de incentivar o mais precocemente possível as mães a estimularem e a extraírem leite, a elogiar as características do leite materno e suas vantagens, a viabilizar o início precoce na sucção e adaptação ao peito e a apoiar e ajudar as mães e casais perante as dificuldades na amamentação. As vantagens do aleitamento materno estão largamente divulgadas na evidência científica, no entanto, “é essencial que em Portugal se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno”(Levy & Bértolo, 2008); foi com essa responsabilidade e consciência que delineamos as intervenções atrás descritas.

Na prestação de cuidados foram desenvolvidas intervenções que visam a **gestão, alívio e controlo da dor**, nomeadamente através do recurso a medidas não farmacológicas como a sucção não nutritiva, administração de sacarose oral, promoção do posicionamento terapêutico, alternância de decúbitos e contenção, método canguru/contacto pele a pele e promoção do aleitamento materno. As intervenções

descritas estão evidenciadas cientificamente (DGS, 2012b; Lago *et al.*, 2009; Spence *et al.*, 2010).

A experiência proporcionada em **NEO1** contribuiu para refletirmos e mudarmos práticas de cuidados diárias como a proteção ocular do RN com uma compressa durante um procedimento doloroso ou a utilização de uma compressa após uma avaliação de glicemia capilar como medidas de controlo da dor e simultaneamente de manutenção da integridade cutânea num RN ainda imaturo, neste último caso. De realçar ainda a **monitorização e vigilância da dor no RN** mediante aplicação de escalas neonatais de avaliação de dor implementadas na unidade e recomendadas pela DGS (N-PASS nos intensivos, EDIN e FLACC nos intermédios).

A prevenção da dor em neonatos é importante não apenas porque é uma questão ética, como também porque a exposição repetida à dor pode ter consequências deletérias (American Academy Of Pediatrics, 2006), sabendo-se que a maior parte da dor experimentada pelo RN pode ser prevenida ou substancialmente aliviada (Lago *et al.*, 2009). Segundo a DGS (2012b, p. 3) é “atualmente reconhecido que os RN têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências imediatas e a longo prazo”, preconizando um “controlo eficaz da dor” como um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos RN. No entanto, apesar de os RN internados em UCIN, serem expostos a múltiplos procedimentos médicos e/ou de enfermagem considerados dolorosos ou potencialmente dolorosos (Batalha, 2010), os enfermeiros subestimam e submedicam a dor em crianças (Latimer *et al.*, 2009). Com o objetivo de sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância e valorização da dor no RN e para a implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor no RN, foi planeada e realizada uma **sessão de formação em serviço à equipa sobre medidas não farmacológicas no controlo da dor no RN** (apêndice XI). As medidas não farmacológicas de controlo da dor são métodos adjuvantes e alternativos para reduzir o uso de fármacos e diminuir os seus efeitos colaterais que, eventualmente, comprometem o estado fisiológico da criança. Promovem e proporcionam a organização e autorregulação do RN, durante os comportamentos dolorosos a que está sujeito, apresentando-se desta forma como uma abordagem profilática e complementar para reduzir a dor (American Academy Of Pediatrics, 2006; Cignacco, *et al.*, 2007; Gaspardo, Linhares & Martinez, 2005). Representam intervenções autónomas de enfermagem que contribuem para a humanização dos cuidados prestados ao RN/pais/família, ressalvando e valorizando a intervenção do enfermeiro.

Este estágio proporcionou-nos momentos de **reflexão e análise de situações concretas de cuidados**, alguns dos quais com os elementos da equipa, nomeadamente com os enfermeiros de referência, em relação às questões relacionadas com o sentimento de perda do poder parental e de incerteza face ao futuro, observável na prática diária (apêndice XII).

### **3.2. Cuidados de Saúde Primários**

Neste estágio, tivemos oportunidade de efetuar **consultas de enfermagem, transversais a todas as idades**, com especial atenção às consultas com RN até aos 28 dias de vida, consultas nas idades-chave preconizadas de acordo com os objetivos definidos no PNSIJ (DGS, 2013), nomeadamente a realização do exame global de saúde e respetiva articulação com a saúde escolar através do preenchimento da ficha de encaminhamento escolar e articulação com os elementos da equipa local de intervenção para referenciação das crianças em situações de risco, nas situações em que tal se justificou. Foi ainda possível a participação e realização de consultas de enfermagem em situações de doença da criança e a integração e **participação na vacinação infantil**. As intervenções atrás descritas foram ocorrendo gradualmente de forma autónoma, tendo sido possível e conseguido a realização das mesmas sem a presença da enfermeira de referência.

As consultas de enfermagem são autónomas e contemplam toda a vigilância, acompanhamento e encaminhamento necessários à criança/jovem e família. A vacinação não ocorre no momento e espaço reservado às consultas, estando reservada num espaço à parte, o que pensamos seria um aspeto a melhorar pois minimizaria o tempo de espera dos pais e crianças e otimizaria os cuidados prestados. As consultas de enfermagem de saúde infantil constituíram momentos privilegiados de intervenção, promotores de competências parentais no cuidar da criança e na adaptação familiar em cada fase do desenvolvimento da mesma e possibilitaram uma avaliação global da criança/família, assim como, a deteção, sinalização e supervisão de situações de risco. Durante a realização das consultas esteve presente a preocupação de desenvolver uma abordagem de proximidade com os pais e criança/jovem através do recurso a uma linguagem acessível e culturalmente sensível, e o recurso à brincadeira e atividades lúdicas, adequadas à idade e desenvolvimento da criança, tendo representado estratégias facilitadoras para o estabelecimento de uma relação mais próxima com os mesmos.

No momento da consulta, procuramos que os pais encontrassem oportunidade para questionar, exprimir sentimentos, dúvidas e problemas, essenciais ao desempenho do papel parental, sendo-lhes ainda conferida a oportunidade de interação com os filhos, na qual, em parceria com o EESCJ, foram identificadas necessidades e otimizadas as potencialidades de desenvolvimento da criança. Foi nossa preocupação a satisfação das necessidades individuais de cada pai/família, através da **disponibilização de orientações e ensinios individualizados**, cujo objetivo foi contribuir para o aumento da segurança e competência parental, essenciais para o desenvolvimento do papel parental de forma mais satisfatória. Neste sentido, a estruturação das consultas iniciou-se quase sempre e após uma breve observação do estado geral da criança, com a escuta e valorização das dúvidas e preocupações expressas pelos pais ou cuidadores. No PNSIJ é realçada a importância de se considerar as suspeitas e preocupações dos pais, uma vez que eles são as pessoas mais próximas da criança, logo, as que estão em melhor posição para detetarem alterações e promoverem o seu desenvolvimento (DGS, 2013). De igual forma, Pinto (2009) refere que é fundamental a valorização das queixas e preocupações dos pais, pois são, frequentemente, fundamentadas.

Foram ainda desenvolvidas intervenções que possibilitaram a **avaliação do desenvolvimento infantil** com recurso à Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, tal como preconizado no PNSIJ (2013). Os enfermeiros constituem o grupo profissional com maior relevância na garantia de um desenvolvimento infantil adequado, uma vez que prestam cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e família, sendo da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança (OE, 2009). Esteve presente a preocupação de explicar aos pais o objetivo das atividades implementadas e a avaliação efetuada, ressaltando sempre que o desenvolvimento processa-se, muitas vezes, de forma descontínua, “por saltos” (DGS, 2013), que “nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento” (DGS, 2003, p. 58), o que significa que o desenvolvimento dito normal inclui uma vasta gama de diferenças individuais a ter em conta. Estas características requerem avaliações repetidas, fundamentais para uma correta interpretação dos dados, minimizando-se a possibilidade de erros de diagnósticos. Constatamos que esse esclarecimento contribuiu para diminuir a sua ansiedade ou preocupação quando alguma área não era integralmente atingida. A avaliação do desenvolvimento da criança/jovem não se resumiu unicamente ao momento de

aplicação da escala, mas gradualmente e à medida que fomos sentindo mais segurança e autonomia, desde que os mesmos entravam para a consulta, observando o seu comportamento e durante a conversa com os mesmos e os pais.

Demos especial destaque à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através de variadas intervenções direcionadas para comportamentos promotores de saúde, nomeadamente aos cuidados relacionados com uma alimentação saudável e adequada, prática de exercício físico e atividades desportivas, prevenção de acidentes e promoção de atividades lúdicas e do brincar, adequadas à idade e desenvolvimento da criança/jovem, tal como preconizado no PNSIJ (2013). Neste sentido, foi dado especial destaque aos cuidados antecipatórios promotores da parentalidade e do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, alertando os pais, por exemplo, para as competências já adquiridas pela mesma, elogiando-as, e projetando as competências futuras que a mesma iria adquirir, sugerindo e exemplificando atividades lúdicas e interativas que poderiam desenvolver com as mesmas, nomeadamente durante os primeiros anos de vida. Os primeiros anos de vida da criança são primordiais pois é nesta etapa da vida que estabelece as bases para o seu desenvolvimento, uma vez que, a criança apresenta maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe e para se adaptar aos fatores que possam influenciar o seu desenvolvimento (Brazelton, 2002). Por outro lado, estamos também conscientes que ao envolver os pais, estamos a ser promotores do *empowerment* das suas competências e segurança e, indireta e conseqüentemente, promotores de uma vinculação mais efetiva com os seus filhos.

A intervenção nos primeiros tempos de vida da criança é relevante e efetiva, uma vez que o bebé que nasceu é catalisador de mudanças importantes nos seus progenitores e o casal encontra-se mais sensível e suscetível à mudança (DGS, 2005). Assim, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, intencional e orientada, os enfermeiros devem exercer influências interpessoais favoráveis à promoção do desenvolvimento infantil, tanto em contexto de saúde como de doença, articulando-se em parceria com a família para, em conjunto, planearem e implementarem estratégias, com elevado grau de adequação às características particulares da criança/família, fortalecendo-a, elevando a sua capacidade de resiliência e aumentando o seu potencial de crescimento e desenvolvimento (DGS, 2005).

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico, mediado pelo apoio e ajuda dos pais/cuidadores da criança, através do qual as crianças aprendem a dar respostas de

forma planejada, organizada e independente (Sheridan, 2007). Na sociedade atual, a família é a célula vital que fortalece o processo de crescimento e desenvolvimento físico, psíquico, afetivo e social dos seus membros, sendo nos primeiros anos de vida que esta tem influência fundamental no desenvolvimento da criança (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Face ao exposto, **os pais/cuidadores foram esclarecidos da sua importância face à promoção do desenvolvimento da criança e ajudados na forma como poderiam operacionalizar essa promoção**, nomeadamente quanto à exploração do ambiente, estimulação da linguagem e desenvolvimento de atividades lúdicas que estimulassem a autonomia progressiva da mesma. Neste sentido, foi com intencionalidade terapêutica que as intervenções desenvolvidas visaram “a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade” (DGS, 2013, p. 7). Também no REPE (OE, 2012) foi decretado que dois dos principais objetivos fundamentais do exercício da atividade profissional dos enfermeiros são a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Ganhamos uma consciência mais estruturada da calendarização das consultas por idades-chave, correspondente a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do jovem, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade (DGS, 2013). Foi nosso objetivo presenciar e realizar durante o período de estágio, o maior número possível das primeiras consultas de enfermagem ao RN, após o regresso a casa, no sentido, de acompanhar o processo de transição vivido por estes pais, tendo em conta a problemática estudada no presente relatório. A realização da 1ª consulta ao RN constituiu-se fundamental para reforçar o sentimento de competência parental e reforçar as suas capacidades. Pude constatar que nesta fase, muitos pais, nomeadamente as mães, pela própria debilidade física e alteração hormonal decorrente do período pós parto, estão cansados e invadidos de dúvidas face aos cuidados ao bebé, verbalizando frequentemente a exigência que esta fase de vida acarreta. Nesse sentido, a nossa intervenção, centrou-se inicialmente nas suas dúvidas e inquietações, esclarecendo-os e reforçando as suas capacidades e competências. Pudemos constatar que maioritariamente as dúvidas se prendem com as questões relacionadas com a amamentação, com os motivos de choro do bebé e com as cólicas; tendo sido as áreas

mais trabalhadas, dando respostas às suas necessidades. Foi nossa preocupação a **promoção do aleitamento materno**, esclarecendo os pais das suas vantagens e ajudando-os na resolução de problemas decorrentes, em articulação com as colegas de saúde materna e obstetrícia, sempre que se justificou.

Durante a realização desta consulta foi possível analisar ainda a relação entre o casal, alertando para a necessidade de interajuda e de descanso, essencial para o cuidar do bebé, envolvendo o pai nos cuidados. Os pais foram sensibilizados para o impacto conjugal, familiar e social associado ao nascimento de um filho, para a importância da relação de vinculação com o novo elemento da família e para a manutenção de um ambiente seguro, estável e adequado às necessidades do bebé. Reforçámos também a importância da partilha efetiva de cuidados à criança entre o casal, para que um dos cuidadores não se sinta exausto, e consequentemente menos sensível e disponível para o bebé. Esperamos, desta forma, ter contribuído para promover a saúde mental dos pais e do bebé durante esta fase de transição para a parentalidade, facilitando, consequentemente, o processo de adaptação parental e a integração da criança no sistema familiar.

Previamente à realização da primeira consulta ao RN e pais, tivemos contacto com as notificações enviadas pelas instituições hospitalares e maternidades, dando a conhecer o nascimento das crianças, através do envio das notícias de nascimento e das cartas de alta de enfermagem, nas situações em que as mesmas tiveram internadas no período neonatal. Constatamos que, frequentemente, as mesmas, não são devidamente preenchidas, quebrando-se a transmissão de informação essencial para a continuidade de cuidados. O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico influenciado, positiva ou negativamente, por inúmeras variáveis biológicas e ambientais, resultando num elevado nível de variabilidade nos resultados de desenvolvimento das crianças. Dentro das influências biológicas, que dizem respeito às relacionadas com a própria criança, destacamos, as características hereditárias e a história pré-natal e perinatal (Sheridan, 2007); que pelo motivo exposto nos era frequentemente insuficiente. Tal constatação sensibilizou-nos para a importância da documentação realizada e foi uma das impulsionadoras para a realização da instrução de trabalho “Nota de alta de enfermagem na Unidade de Neonatologia”, no nosso contexto profissional.

Na realização de consultas por motivo de doença da criança/jovem foram desenvolvidas intervenções com vista a capacitar os pais para a gestão do regime terapêutico instituído à criança, cuidados de alimentação adequados, vigilância e reconhecimento de sinais de

agravamento da doença, tendo-se agendado, em situações pontuais, novas consultas para reavaliação da criança e esclarecimento de dúvidas dos pais, reforço dos ensinamentos e orientações.

Para além dos registos informáticos realizados durante a consulta, fundamentais para evidenciar o cuidado de enfermagem, existiu a preocupação de **documentar e registar a avaliação e intervenção à criança/jovem e família no respetivo BSIJ**. É fundamental que o enfermeiro envie e partilhe informação completa de retorno através do BSIJ ou do *eBoletim* (DGS, 2013). Clendon e Dignam (2010) referem que o uso efetivo e eficaz dos registos nos boletins de saúde da criança contribui para a formação de uma relação de sucesso entre enfermeiros e mães, uma vez que, os enfermeiros podem utilizá-los como uma ferramenta para construir competências que as mães e família podem desenvolver para cuidar das suas crianças. Esta era uma prática com a qual não estávamos muito familiarizadas na nossa prática hospitalar, representando uma intervenção pouco habitual. Neste sentido, desenvolvemos a consciência e a sensibilidade para a importância do uso efetivo deste recurso, fundamental para a continuidade de cuidados posteriores ao internamento hospitalar.

Esteve presente a sensibilidade de se **assegurar a continuidade de cuidados à criança/jovem e pais**, agendando e negociando a marcação de novas consultas, nomeadamente, nas situações em que os pais verbalizaram ou demonstraram maior dificuldade no desenvolvimento do seu papel parental. Foi igualmente nossa preocupação, assegurar que a vacinação, de acordo com o esquema cronológico do **Programa Nacional de Vacinação** (PNV, DGS, 2012a), fosse coincidente com a calendarização das consultas, tentando sempre que possível manter o princípio de “exames de saúde oportunistas”, com o objetivo claro de se “reduzir o número de deslocações e alargar o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade” (DGS, 2013, p. 1).

A realização das consultas de enfermagem e os momentos de reflexão com a enfermeira de referência permitiram-me **identificar os principais motivos que conduzem os pais a recorrer aos cuidados de saúde primários**. Neste sentido, ao longo do estágio, fomos documentando e registando os mesmos, tendo verificado que os principais motivos se prendem com dúvidas quanto ao cuidar da criança/jovem, situações de doença aguda da criança/jovem, necessidade de suporte emocional, vigilância de saúde regular da criança/jovem, realização de diagnóstico precoce e vacinação. Nos pais de recém-nascidos identificamos que as principais dúvidas estão relacionadas com o choro

do bebê, a amamentação, os cuidados ao coto, a icterícia, as cólicas e massagem abdominal, as alterações do padrão intestinal, o reconhecimento de sinais de doença no bebê e a ansiedade e insegurança parentais face aos cuidados prestados. É interessante constatar que muitas das dúvidas percebidas nos pais em contexto de neonatologia são transversais também aqui a este contexto, o que remete para a natureza desta transição. Uma intervenção apropriada às necessidades da família e da criança/jovem constitui uma estratégia preventiva de cuidados de saúde. Hockenberry e Wilson (2014) referem que, a família é a unidade de cuidado, de que a criança/jovem faz parte, por isso o cuidado deve ser centrado na família, vendo-a como uma constante, uma vez que a família é a unidade básica na vida da criança. Deste modo, segundo os autores supracitados, os cuidadores devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar as competências da família, de modo a promover o desenvolvimento saudável desta; foi com essa intencionalidade que desenvolvemos a nossa intervenção.

O controlo da dor assume-se como um dever e um indicador de boa prática dos enfermeiros. É da competência do EESCJ a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2013). O desenvolvimento de competências dos enfermeiros para o alívio e controlo da dor da criança é igualmente alocado numa categoria dos enunciados descritivos definidos pela OE e da explicitação do seu enquadramento conceptual (OE, 2001). Nesse sentido, a nossa intervenção centrou-se também na gestão e controlo da dor na criança/jovem, nomeadamente na **implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor durante a realização do teste de Guthrie no RN e na vacinação à criança/jovem**. Foi prática diária, à semelhança do desenvolvido pela equipa de enfermagem da UCSP, a realização do teste de Guthrie com o RN adaptado à mama, recorrendo-se ao aleitamento materno como uma medida eficaz no controlo da dor, vastamente reconhecida na evidência científica. Esse momento foi rentabilizado para a promoção do aleitamento materno, o esclarecimento de dúvidas quanto à boa adaptação do bebê à mama e, simultaneamente, para a realização humanizada do procedimento doloroso. Evidências recentes demonstram um significativo efeito da amamentação como analgésico antes, durante e logo após a punção capilar em RN (DGS, 2012b).

Verificamos que o recurso à sacarose não existia, devendo-se à inexistência deste recurso na instituição embora a equipa de enfermagem se tivesse demonstrado sensibilizada e informada quanto à sua eficácia. Tive oportunidade de discutir com a

equipa sobre este assunto, tentando promover alterações que justificassem a aquisição de tal recurso. Na vacinação, foi possível implementar e analisar com as enfermeiras, as vantagens de utilização de algumas medidas não farmacológicas para o alívio da dor, adequadas à idade da criança/jovem, destacando as técnicas de distração (através do recurso a brinquedos, música, respiração, contagem de números e pequenas histórias) e a negociação (quanto ao momento de administração, da posição e da recompensa a receber após a mesma). Realizou-se ainda, em algumas situações, a preparação antecipatória, com a colaboração dos pais, assim como a demonstração e exemplificação dos procedimentos a bonecos, ajudando-os a diminuir o seu medo e ansiedade. Foi realizado reforço positivo às crianças/jovens após a vacinação, promovendo o elogio e a recompensa. As intervenções atrás descritas encontram-se descritas no documento emitido pela OE (2013). Os pais foram sensibilizados sobre os comportamentos que poderiam minimizar a ansiedade da criança antes, durante e após o procedimento, tendo em conta as suas fases de desenvolvimento. Planear um procedimento com a criança e com os pais/acompanhante, explicar a importância desse procedimento e solicitar a opinião e colaboração dos intervenientes promove uma atmosfera de respeito mútuo, o que pode resultar numa maior cooperação na execução do procedimento (Schechter *et al.*, 2007).

**A análise de situações concretas de cuidados e a reflexão sobre os cuidados de enfermagem com a equipa e a enfermeira de referência** constituíram momentos de grande relevância neste processo de aprendizagem para a interiorização da responsabilidade ética e profissional acrescida do EE. Constatamos que a EESCJ funciona como o elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e a criança/jovem e família, sendo, por exemplo, o recurso por estes procurados para a resolução de problemas, promovendo a articulação entre os diferentes profissionais (apêndice XIII).

### **3.3. Internamento de Pediatria**

A realização deste estágio permitiu-nos **prestar cuidados de enfermagem ao nível de especialista, e em parceria com os pais/cuidadores**, a crianças/jovens com uma grande variabilidade de patologias, do foro médico e cirúrgico. A prestação direta de cuidados, a consulta dos processos clínicos das crianças/jovens e a análise de situações concretas de cuidados com elementos da equipa e enfermeiro de referência permitiu-nos **identificar as patologias mais comuns na criança/jovens neste contexto**. Destacamos as situações de síndrome de dificuldade respiratória, infeções respiratórias e

bronquiolites, infecções urinárias, otites, amigdalites, celulites da face, gastroenterites agudas, meningites, varicela, diabetes (inaugural e descompensada) e outras doenças metabólicas, traumatismos diversos (acidentes) e alterações do comportamento, nomeadamente agressividade, ansiedade, depressão e tentativa de suicídio. As patologias do foro cirúrgico mais comuns são as decorrentes de cirurgias de ORL, ortopedia, urologia e apendicetomizados. A experiência proporcionada pelo cuidar de crianças/jovens com patologias tão diversas e complexas possibilitou-nos a aquisição e aprofundamento de conhecimentos e competências do ponto de vista técnico e relacional, num contexto em tudo distante da nossa realidade profissional.

Durante o período de internamento, foram **transmitidas orientações/ensinos individualizados à criança/jovem** (de acordo com a idade e fase de desenvolvimento) e pais e sua validação, assim como, foram **fornecidas orientações antecipatórias** aos pais/cuidadores face aos cuidados à criança/jovem. Foi realizado igualmente o esclarecimento gradual das dúvidas dos pais relativas aos cuidados à criança ou esclarecimento de dúvidas ao jovem relativamente ao seu autocuidado. O principal objetivo foi diminuir o impacto da doença e hospitalização, capacitando-os nos cuidados ao seu filho, mediante a **educação e integração dos pais como cuidadores eficazes e parceiros no cuidar da criança/jovem**, mediante o recurso a ensinamentos/orientações, instruções, informações e treinos de habilidades, promovendo a adaptação ao processo de transição para a parentalidade e ao desenvolvimento de competências parentais.

A prestação de cuidados neste contexto de estágio permitiu-nos identificar mais uma vez o momento da admissão ao internamento como um momento de stress, preocupação e ansiedade para a criança/jovem e pais, mesmo nas situações de crianças/jovens com doenças crónicas ou com múltiplos internamentos prévios. Por outro lado, a acreditação recentemente conquistada pela instituição, obriga a que os enfermeiros desenvolvam uma variedade de intervenções, que anteriormente não eram realizadas. Nesse sentido, identificamos que seria importante a elaboração de um documento escrito que sistematizasse as intervenções essenciais a serem desenvolvidas nesse momento pelos enfermeiros. Desta forma, elaboramos a **“Instrução de trabalho sobre admissão e acolhimento da criança/jovem e família no internamento de pediatria”** (apêndice IXV), que incluiu indicações claras sobre as intervenções a desenvolver pela equipa de enfermagem no momento da admissão da criança/jovem e família no internamento,

contemplando ainda uma *checklist* de todas as informações relevantes a serem disponibilizadas aos mesmos, com o objetivo de diminuir o impacto e ansiedade do internamento hospitalar, promovendo a relação de confiança com a equipa de enfermagem, favorecedora de vias de comunicação claras e perceptíveis. De acrescentar que durante o período de estágio, o documento foi aprovado pela chefia e instituição.

Foi nossa preocupação a valorização dos conhecimentos e capacidades dos pais/cuidadores sobre o seu filho, enaltecendo-se as suas experiências anteriores e reconhecendo-os como os seus principais cuidadores. Nesse sentido, os cuidados foram planeados em conjunto com os pais, envolvendo-os e respeitando o desejo em participarem. De igual forma, foi sempre considerada a opinião dos pais sobre a evolução do estado de saúde da criança/jovem, valorizando-se as queixas e/ou sintomas mencionados como não habituais na criança/jovem. O método de enfermeiro responsável permitiu o estabelecimento de uma relação mais próxima e de confiança com os mesmos o que potencializou o apoio emocional prestado, no sentido da valorização das suas preocupações, dúvidas e ansiedade, existindo disponibilidade para a expressão de sentimentos face à doença e hospitalização.

Identificamos durante o estágio diversas crianças/jovens sem uma vigilância regular de saúde, algumas sem boletim de saúde infantil e cujo PNV não estava atualizado. Na maioria dessas situações, os pais/cuidadores recorriam unicamente ao serviço de urgência nas situações de doença aguda da criança/jovem, sem qualquer acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos mesmos. Por outro lado, muitos pais/cuidadores verbalizaram alguma culpabilização por não terem detetado mais precocemente a doença aguda na criança, desconhecendo os principais sinais de alarme para procura dos serviços de saúde. Também se demonstrou notório o desconhecimento dos pais/cuidadores quanto ao desenvolvimento infantil, nomeadamente no que diz respeito às competências esperadas para a criança até ao primeiro ano de vida, questionando-nos frequentemente. A realização deste estágio aproximou-nos de uma realidade relacionada com crianças/jovens com comportamentos que desafiam o exercício do papel parental e com pais/cuidadores permissivos. Estes motivos justificaram a **realização dos suportes de informação em papel**, tipo folhetos, para disponibilização aos pais/cuidadores sobre temas identificados como necessários e de relevância para a promoção da saúde da criança e do jovem - **Vigilância de saúde e vacinação** (apêndice XV), **Prevenção da doença e sinais de alarme** (apêndice XVI), **Desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida: principais competências do**

**bebé e atividades promotoras do desenvolvimento** (apêndice XVII) e **Desafios à parentalidade** (apêndice XVIII). De acrescentar que o último, foi realizado com a colaboração da psicóloga e do diretor do serviço de pediatria. A necessidade de realização destas atividades emergiu simultaneamente das situações identificadas durante o período de estágio, reforçadas pela enfermeira de referência e equipa de enfermagem, assim como das necessidades expressas e verbalizadas por alguns pais. Neste sentido, para além das orientações/ensinos trabalhados e reforçados verbalmente, pensamos que este trabalho pode representar um recurso importante para reforçar as orientações fornecidas e demonstradas aos pais/cuidadores.

Foi possível identificar e analisar a intervenção do EESCJ como dinamizador da equipa no sentido de a motivar para a importância da documentação dos cuidados de enfermagem e de a esclarecer quanto à sua correta operacionalização. De facto, só através de um registo sistemático, claro e rigoroso das intervenções de enfermagem é que podemos, não só, melhorar a qualidade e a continuidade dos cuidados que prestamos, como também dar visibilidade ao contributo destes cuidados para a saúde da população. Para que os enfermeiros possam demonstrar objetivamente o valor social da sua profissão, bem como, o impacto do seu trabalho na qualidade de vida dos cidadãos, devem dispor de instrumentos válidos e fidedignos de registo e monitorização da sua prática (OE, 2004).

Foram igualmente desenvolvidas intervenções que visam a **gestão e alívio da dor**, através do recurso a medidas não farmacológicas, nomeadamente através de intervenções cognitivas, comportamentais, cognitivo-comportamentais. Destacamos como intervenções cognitivas, implementadas e desenvolvidas, o reforço positivo, a distração, imaginação guiada e a informação antecipatória, como intervenções comportamentais os exercícios de respiração diafragmática e como intervenções cognitivo-comportamentais a massagem, o posicionamento e aplicação de frio/calor. Recorremos ainda a outras estratégias de gesto e controlo da dor nomeadamente ao humor, riso, musicoterapia e suporte emocional. As intervenções acima nomeadas estão preconizadas pela OE (2013). Realçamos ainda a **monitorização e registo da avaliação da dor**, mediante utilização de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, definidos de acordo com a idade da criança/jovem, nomeadamente as escalas de dor FLACC/FLACC-R, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala Numérica e Escala do Observador, tal como definido pela DGS (2010).

Foi nossa preocupação a **articulação com os recursos existentes na comunidade para continuidade dos cuidados após o regresso a casa**, nomeadamente com os cuidados de saúde primários, pelo foi sempre elaborada uma carta de alta de enfermagem com os dados mais relevantes relativos ao internamento da criança/jovem e cuidados após a alta. Nas situações que nos suscitaram maior preocupação, por dificuldades dos pais na prestação dos cuidados ou por contextos familiares e sociais desfavorecedores, foi igualmente realizado um contacto telefónico para a enfermeira responsável da saúde infantil do centro de saúde onde a criança estava inscrita e/ou onde era acompanhada, e eventual envio de *email*. Sempre que oportuno, articulamos com o serviço social para avaliação do contexto social e familiar da criança/adolescente, perspetivando-se eventuais apoios disponibilizados e acompanhamento futuro de vigilância e sinalização.

Foi transversal neste estágio a **análise de situações concretas de cuidados e reflexão sobre os cuidados de enfermagem** prestados (apêndice XIX). A **análise da intervenção do EESCJ** permitiu-nos identificá-lo como gestor dos cuidados, dos recursos e conflitos e elemento chave de articulação com os restantes profissionais da equipa multidisciplinar.

### **3.4. Serviço de Urgência Pediátrica**

Neste estágio tivemos oportunidade e interesse em participar ativamente na **prestação de cuidados de enfermagem nas diferentes valências do serviço de urgência**, nomeadamente na triagem, sala de tratamentos e serviço de internamento temporário. No entanto, demos uma especial atenção às duas últimas valências, uma vez que nos proporcionaram mais oportunidades de aprendizagem. Para além do referido, consideramos, em conjunto com a enfermeira de referência, que a presença nestas valências do serviço de urgência, contribuiria de forma mais efetiva para alcançarmos os objetivos definidos face à problemática estudada no presente relatório. Foi possível **treinar a avaliação da gravidade e prioridade das múltiplas e variadas situações de doença da criança/ jovem, por intermédio do sistema de triagem** em utilização na instituição em causa, o Sistema de Triagem de Manchester. O Sistema constitui uma ferramenta clínica para triagem de prioridades no contexto do serviço de urgência e permite a identificação da prioridade clínica e a definição respetiva do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do serviço quer em situações de catástrofe. O objetivo é identificar critérios de

gravidade, de forma objetiva e sistematizada<sup>4</sup>. A sua utilização exige o desenvolvimento de um elevado sentido de responsabilidade e competência, implicando uma grande capacidade de mobilizar com eficácia múltiplos conhecimentos técnico-científicos, com o intuito de dar sentido à tomada de decisão autónoma. Exige igualmente do enfermeiro triador, enormes capacidades comunicacionais e relacionais no sentido de rapidamente conseguir compreender o motivo de vinda à urgência e detetar situações de maior complexidade. Esteve presente a sensibilidade de **valorizar as preocupações e queixas referidas pelos pais**, tentando da forma mais objetiva possível compreender o motivo de procura do serviço de saúde, através da escuta ativa e da colheita de dados. A atribuição da prioridade da situação da criança/jovem implicou a observação do estado geral da criança e a avaliação de parâmetros da mesma, mediante utilização do aplicativo informático que suporta os fluxogramas do sistema.

O enfermeiro que está na triagem é o primeiro profissional de saúde a contactar com a criança/jovem e pais/cuidadores. Neste sentido, a sua abordagem inicial tem uma enorme influencia na forma como os mesmos se irão relacionar futuramente com os restantes profissionais no serviço de urgência. Por outras palavras, podemos dizer que a humanização dos cuidados no serviço de urgência é extremamente importante, o que implica um bom acolhimento, evitando comportamentos não adaptativos. Face ao exposto, compete ao EESCJ valorizar as queixas apresentadas pelos pais e apaziguá-los, transmitindo-lhes simultaneamente segurança, confiança e atenção. A triagem apresentou-se como um posto de trabalho em que o enfermeiro é frequentemente questionado, quanto às prioridades atribuídas o que é pontualmente gerador de alguns conflitos, quando não existe consenso entre a avaliação do enfermeiro e a interpretação dos pais/cuidadores face à gravidade da situação da criança/jovem, o que requereu a mobilização de técnicas de comunicação adequadas que esclarecessem os pais e as suas necessidades de atendimento e informação. De referir ainda que o tempo de triagem exigido e imposto aos enfermeiros pelo revelou-se, pontualmente, como um obstáculo para a disponibilidade (possível) prestada a estes pais.

A **prestação de cuidados na sala de tratamentos e serviço de internamento temporário** possibilitou o treino e aperfeiçoamento de algumas competências, nomeadamente, diagnosticar precocemente e intervir nas situações urgentes e

---

<sup>4</sup>Grupo Português de Triagem (2015). Descrição do Grupo Português de Triagem de Prioridades na Urgência. Acedido em 29/03/2015. Disponível em: <http://www.grupoportuguestriagem.pt/jm/index.php/component/content/article/9-diversos/101-intro>

emergentes, despistar sinais/sintomas não evidentes, antecipar cuidados e estabelecer prioridades e responder adequadamente face a situações novas e imprevistas. A prestação direta de cuidados e a análise e reflexão de situações concretas de cuidados com a enfermeira de referência permitiram-nos **identificar** e ir documentando ao longo do estágio **as situações urgentes mais comuns na criança e no jovem**, são elas: convulsões (febris e não febris), dificuldade respiratória, vômitos e/ou diarreia, acidentes e traumatismos, reações alérgicas, doenças infetocontagiosas, infeções urinárias/pielonefrites e patologias cirúrgicas varias, entre outras. Esta experiência possibilitou-nos o contacto com situações e patologias com as quais não estávamos familiarizadas, o que foi impulsionador para a aquisição de novos conhecimentos sobre as mesmas e para o treino de competências técnicas no desempenho de procedimentos e tratamentos realizados com menos frequência no nosso contexto profissional.

Foi nosso propósito a **identificação dos motivos de procura do serviço de urgência por parte dos pais de RN, tendo sido realizada uma análise dos dados das triagens referentes ao mês de Dezembro de 2014** (apêndice XX). Embora não apresentemos a totalidade dos dados referentes ao período de estágio, por motivos alheios à nossa vontade, acreditamos que os resultados obtidos não sejam muito diferentes, uma vez que o critério da sazonalidade nesta situação não se coloca tendo em conta que o estágio decorreu entre meados de Dezembro 2014 e Janeiro de 2015. Consideramos fundamental que o EESCJ tenha consciência e identifique as principais situações de urgência e emergência na criança/jovem e os principais motivos de procura do serviço de urgência pelos pais, de forma a estar preparado para responder a essas necessidades.

Procuramos desenvolver uma abordagem de proximidade com os pais e crianças, tendo o cuidado de nos apresentarmos quando prestávamos cuidados, de explicarmos os procedimentos/tratamentos a realizar, a terapêutica a administrar e o seu propósito, de esclarecer dúvidas e encaminhar para outros recursos, no caso de crianças que aguardavam pela realização de exames. Foi nosso objetivo que os pais se mantivessem informados e esclarecidos durante todo o tempo de permanência no serviço de urgência como forma não só diminuir a sua ansiedade e preocupação como de conquistar a sua confiança, diminuindo conseqüentemente as situações de conflito existentes. Por outro lado, estamos conscientes da importância de os enfermeiros assegurarem esse suporte, de forma a assegurarem a função cuidadora dos pais. Estivemos também conscientes de que maioritariamente os pais/cuidadores que recorrem a um serviço de urgência estão ansiosos e preocupados pelo que intencionalmente valorizamos as suas emoções,

dúvidas e preocupações, nomeadamente nas situações de maior complexidade e gravidade ou nas situações em que a criança/jovem iria ficar hospitalizada, preparando os pais para todo o processo inerente e confortando-os.

Tivemos oportunidade de **realizar uma sessão de formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem sobre transição para a parentalidade** (apêndice XXI) com vista a sensibilizar a equipa para a importância do suporte e apoio educacional e emocional aos pais de RN que recorrem ao serviço de urgência. Aproveitamos para divulgar os dados relativos aos principais motivos de procura do serviço de urgência por pais de crianças até ao primeiro ano de vida, naquele serviço, entre Outubro e Dezembro de 2013, mediante as triagens realizadas pelos enfermeiros. Ressalvamos que até à data da realização da referida sessão estes foram os únicos dados disponibilizados pela equipa de informática, não tendo sido possível obter mais precocemente dados atuais e relativos exclusivamente a RN.

Estivemos atentas à implementação de cuidados não traumáticos e medidas não farmacológicas de controlo e alívio da dor na criança/jovem. Não podemos deixar de referir que num contexto de urgência nem sempre se adequam todas as estratégias conhecidas de diminuição do impacto dos procedimentos e de alívio da dor, dependendo da gravidade da situação clínica das crianças/jovens e da urgência face à realização de procedimentos e administração de terapêutica. Por outro lado, também constatamos que a afluência e o número de crianças que recorrem à urgência face ao número de enfermeiros e à existência de apenas uma sala onde decorrem todos os procedimentos de enfermagem se revelam, pontualmente, como obstáculos à implementação adequada dessas medidas. No sentido de sensibilizar a equipa de enfermagem para as diferentes intervenções não farmacológicas de alívio da dor na criança/jovem passíveis de serem implementadas na sala de tratamento, elaboramos um **“Poster sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor na urgência pediátrica”**, com uma representação gráfica dessas medidas (apêndice XXII). De igual forma, foram disponibilizados artigos científicos atuais e documentos oficiais publicados pela ordem dos enfermeiros à equipa de enfermagem. Inicialmente era nossa intenção elaborar um **dossier temático**, no entanto, por ser política da instituição a prática de abolição dos papéis e por a equipa expressar verbalmente preferência por consultar **documentos informaticamente**, foi criada uma pasta que deu acesso a esses documentos a todos os elementos da equipa, em qualquer computador da instituição desde que acedido com a

palavra passe do enfermeiro. Em apêndice (apêndice XXIII) apresentamos as referências bibliográficas dos documentos que o constituem.

A prestação de cuidados na sala de tratamentos e a **análise de algumas situações concretas de cuidados com a enfermeira de referência** permitiram-nos identificar que existiam algumas dúvidas na equipa quanto à utilização do creme anestésico EMLA, nomeadamente quanto ao tempo de aplicação anterior ao procedimento e à natureza dos procedimentos com indicação de utilização. Nesse sentido, surgiu a oportunidade de elaborar uma **“Instrução de trabalho sobre utilização de EMLA no Serviço de Pediatria”** (anexo XXIV), que até ao final do estágio aguardava aprovação da chefia. O efeito anestésico local do EMLA é reconhecido pela DGS (2012b) e vastamente expresso na evidência científica (Allegaert, Velde & Anker, 2014; Guzmán-Arteaga, Fajardo-Ochoa, Rodríguez, & Hernández, 2013; Marcatto, Tavares & Silva, 2010; Huff, *et al.*, 2009; Lago *et al.*, 2009). A utilização do EMLA deverá ser associada à implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor, adequadas à idade e desenvolvimento da criança. O EESCJ tem um papel essencial na defesa do bem-estar da criança/adolescente, no planeamento atempado das intervenções e na negociação com a equipa multidisciplinar, propondo e sugerindo todas as medidas possíveis e adequadas à situação concreta, que possibilitem a minimização da experiência traumática para a criança/adolescente e controlo da dor.

A **análise de situações concretas de cuidados e a reflexão sobre os cuidados de enfermagem com a equipa e a enfermeira de referência** constituíram momentos de grande relevância neste processo de aprendizagem (apêndice XXV). A realização deste estágio permitiu-me **analisar a intervenção do EESCJ no seio da equipa multidisciplinar**, funcionando este como gestor dos cuidados, definindo primariamente a função de cada enfermeiro na equipa e atribuindo tarefas mediante competência e experiência. Para além disso, revelou ser também o elemento preferencial para a resolução de problemas, nomeadamente quanto à resolução de conflitos, assim como, o principal responsável pela articulação com outros serviços (internamentos, laboratório, imagiologia...) e gestor de recursos (nomeadamente materiais mas também humanos).

#### 4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Segundo a OE (2012, p. 15) “enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados e enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece **competência científica, técnica e humana** para prestar, para além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”, “tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”, o que requer que demonstre “**níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (...)**”(OE, 2010a, p. 2). Neste sentido, o enfermeiro especialista possui um conjunto de **conhecimentos, capacidades e habilidades** que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção.

Para Perrenoud (1999, 2000) a competência define-se pela capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para fazer face a situações singulares. O autor considera-a como um saber em ação, ou sejam a competência manifesta-se na ação, num contexto específico. Isto implica a mobilização, integração e articulação de diferentes recursos (saberes, saber-fazer e atitudes). Segundo Phaneuf (2005), a competência inclui habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio-afetivas que permitem desempenhar um papel, função, tarefa ou atividade, a qual se afirma na complexidade de situações reais. Consideramos que neste percurso foram desenvolvidos os três níveis de saberes preconizados pela OE para adquirir competência profissional: saber vertente cognitiva; saber-fazer vertente psicomotora; saber-ser vertente emocional, afectiva e ética.

Este percurso permitiu-nos o desenvolvimento de competências comuns do EE (OE, 2010a), em vários domínios, como na capacidade de *gestão e organização dos cuidados*, nomeadamente aos de maior especificidade ao RN, ou de maior complexidade ao RN hospitalizado gravemente doente, portador de deficiência e/ou de doença crónica, assim como no desenvolvimento e suporte de iniciativas de *melhoria da qualidade* dentro da equipa de saúde, como por exemplo através da elaboração dos folhetos para o internamento de pediatria e NEO 2, do instrumento de avaliação das necessidades de aprendizagem dos pais em NEO2 e das instruções de trabalho realizadas para os mesmos contextos e urgência pediátrica. O *desenvolvimento das aprendizagens profissionais* foi possível mediante o trabalho reflexivo desenvolvido

durante todo o percurso e a constante procura pela sustentação científica das nossas intervenções, partilhando esse conhecimento com as equipas, quer mediante a realização de sessões de educação como através da elaboração de um dossier informatizado. Naturalmente, que foi transversal a *responsabilidade profissional, ética e legal* acrescida de EE, o que nos obrigou a desenvolver a capacidade de decisão, liderança, proatividade e de ação enquanto modelo de referência.

Qualquer que seja o contexto que a criança/adolescente e a família/pessoa significativa se encontrem, compete ao EESCJ dar resposta nas situações de especial complexidade e vulnerabilidade. Para tal detém conhecimentos e habilidades que lhe permitem antecipar e responder a diversas situações específicas de saúde (OE, 2010b). Neste sentido, e tendo em consideração a concretização de todos os objetivos de estágio consideramos ter desenvolvido na prática clínica, em diversos contextos, as competências de EESCJ, descritas no Regulamento da OE de 20 de Novembro de 2010, publicado no Diário da República, 2ª Série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011. Pelo exposto, consideramos que desenvolvemos a competência de *assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*, uma vez que esteve presente a preocupação de negociar, envolver e trabalhar em parceria com os pais/família (E1.1.1.), identificando as suas necessidades e proporcionando-lhes conhecimento e aprendizagem de habilidades (E1.1.4.), através de métodos de educação para a saúde individualizados, que lhes permitissem adotar comportamentos potenciadores de saúde, como através das orientações antecipatórias disponibilizadas e da elaboração de suportes em papel/folhetos que fundamentaram e potencializaram essas intervenções. Foram desenvolvidas competências de parceria com os recursos da comunidade, nomeadamente com os cuidados de saúde primários através da articulação, sinalização e encaminhamento de criança/jovens e famílias para continuidade de cuidados (E1.1.10. e E1.2.2.), ressaltando-se a elaboração da “Instrução de trabalho sobre carta de alta de enfermagem da unidade de neonatologia”. A prestação de cuidados nos diferentes contextos de estágio permitiu-nos igualmente desenvolver competências quanto à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades (E1.2.1.), assim como na avaliação dos comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde, através da validação dos ensinamentos/orientações fornecidas e observação e análise dos seus comportamentos de saúde.

Relativamente ao *cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*, destacamos a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem (E2.2.), otimizando respostas, através das sessões de educação realizadas, elaboração de instrução de trabalho sobre utilização do EMLA, elaboração de poster e dossier informático e implementação de medidas não farmacológicas na prática de cuidados. A prestação de cuidados de acordo com o reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte (E2.1.) foi desenvolvida nomeadamente nos contextos de NEO1 e no serviço de urgência pediátrica.

Por fim, desenvolvemos a *prestação de cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*, nomeadamente quanto à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1.) através da sua avaliação, registo e fornecimentos de orientações antecipatórias aos pais/família, à promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (E3.2.), através da promoção do aleitamento materno, incentivo e implementação do método canguru e envolvimento e negociação dos pais nos cuidados ao RN e à comunicação com a criança e família de forma apropriada ao seu estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.) que foi transversal a todos os contextos de estágios e exigiu o aperfeiçoamento de habilidades de comunicação.

As áreas de atuação do EESCJ comportam a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com a deteção precoce e encaminhamento de situações que podem afetar de forma negativa a qualidade de vida das crianças e dos jovens ou mesmo a sua própria vida (OE, 2010b). Pelo anteriormente exposto, consideramos que as mesmas foram desenvolvidas. Apresentamos de seguida algumas ideias para projetos futuros pois estamos conscientes que muito mais haveria por fazer, sendo nosso intuito dar continuidade ao trabalho realizado.

## 5. PROJETOS FUTUROS

É nosso objetivo continuar a investir na formação contínua e na realização ou participação em **estudos científicos** que sustentem e fundamentem a prática de enfermagem. Neste sentido, é nosso propósito trabalhar num futuro próximo os dados resultantes da implementação da “Folha de avaliação das necessidades de aprendizagem dos pais” elaborada no estágio de NEO2 de forma a identificarmos e percebermos se as necessidades dos pais são satisfeitas no decorrer do internamento e delinear outras estratégias de intervenção mediante os resultados obtidos. Também a OE (2006) considera que o conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem permite melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

Pretendemos igualmente elaborar um **manual para pais** com todas as informações genéricas relativas a essas necessidades, num suporte escrito em papel, que os auxilie, nomeadamente após o regresso a casa, funcionando como mais um recurso à educação para a saúde e conseqüente apoio educacional, proporcionado aos mesmos pela equipa de enfermagem. De igual forma, planeamos o desenvolvimento e implementação de um **álbum do bebé** na unidade como forma de ajudar estes pais a adaptarem-se a esta transição e a funcionar como um instrumento útil para memória futura e vinculação com o bebé, como medida promotora de apoio emocional aos mesmos. O recurso a diários, álbuns, fotos e comunicação por vídeo pode ser um recurso importante a considerar para fornecer suporte aos pais, fazendo-os sentir como parte importante do cuidado à criança, mesmo quando não fisicamente presentes. De igual forma, a criação de diários ou narrativas pessoais oferecem uma oportunidade de atribuir um sentido e significado à experiência e sentimentos vividos e a adaptarem-se ao novo papel (Carley, 2012).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste percurso, que teve como ponto de partida a reflexão sobre as nossas competências e necessidades de aprendizagem, permitiu-nos delinear um caminho, que consideramos ter sido potenciador de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, conduzindo-nos à aquisição de competências de EESCJ, com vista a uma melhoria do desempenho profissional e da equipa onde nos inserimos, com evidentes contributos para a qualidade dos cuidados prestados à criança/jovem e família. O percurso de aprendizagem ao longo dos vários estágios constituiu um desafio tão exigente quanto compensador, levando-nos a desenvolver e a aprofundar competências, a refletir sobre a prática profissional e a modificar comportamentos, identificando oportunidades de melhoria e conseguindo novas formas de relacionamento com os profissionais, a criança e a família, visando a excelência e a otimização dos cuidados. Consideramos que o aprofundamento de conhecimentos na área de especialização através do conhecimento de novos contextos de intervenção, mostrou ser fundamental para o desenvolvimento profissional, sendo que a finalidade proposta foi progressivamente concretizada.

As atividades realizadas ao longo dos estágios trouxeram benefícios para a criança/jovem, através a maximização da sua saúde, para a equipa de enfermagem, pela elaboração de recursos que podem ajudar a melhorar a prática profissional e pela formação, e para nós através do desenvolvimento de competências especializadas para cuidar da criança/jovem e família. Todas tiveram em comum a valorização da intervenção do EESCJ como elemento ativo e dinamizador dos pares e agente facilitador dos processos de transição dos clientes/família. Acreditamos, também, que a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados é influenciada pelo desempenho individual de cada interveniente na prática de cuidados, pelo que, como futuras enfermeiras especialistas, nos remetemos tal responsabilidade, mediante a afirmação das nossas competências profissionais. Das competências de EESCJ desenvolvidas destacaríamos as relativas à implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem e, por fim, a promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente, no caso de RN doente ou com necessidades especiais. Destacamos das atividades realizadas, como as sentidas mais relevantes, a elaboração da folha de

avaliação das necessidades de aprendizagem dos pais, as sessões de educação realizadas às equipas e a realização da entrevista ao perito.

Face ao exposto, resta-nos acrescentar que a realização deste percurso contribuiu para estimular a nossa capacidade de análise, tendo sido pautada por grande motivação, uma vez que, partiu dos nossos interesses e gostos pessoais, numa área na qual temos investido particularmente. Assim, acreditamos estar a caminhar no sentido de um *continuum* de desenvolvimento e de uma prática reflexiva que tende para um nível de competência e perícia, integradora da sensibilidade da experiência humana e de valores humanos que nos orientem na tomada de decisão. A principal dificuldade sentida prendeu-se com a conciliação da vida pessoal, profissional e académica e consequentes limitações de tempo e cansaço, no entanto, ressalvamos como aspetos positivos os locais de estágio, os enfermeiros de referência e a nossa motivação e querer pessoal ao longo de todo este percurso de aprendizagem.

Refletir sobre a intervenção do EESCJ na transição para a parentalidade em neonatologia, permitiu-nos consciencializar da sua importância como uma mais-valia na concretização de práticas de cuidados que visem a obtenção de ganhos em saúde a curto, médio e longo prazo e que ressalvam a importância dos enfermeiros nos serviços de saúde.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Allegaert, K., Velde, M., Anker, J. (2014). Neonatal clinical pharmacology. *Pediatric Anesthesia*, 24, 30 – 38.
- American Academy of Pediatrics (2006). Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*, 118 (5), 2231-2241.
- Barros, L., Brandão, A. (2002). Preocupações, dificuldades e perturbação emocional em pais de bebés hospitalizados numa unidade de neonatologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7, 261-272.
- Barros, L. (2006a). O bebé nascido em situação de risco. In Canavarro, M. (Eds.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 235-254). Coimbra: Quarteto.
- Barros, L. (2006b). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção de desenvolvimento. In Canavarro, M. (Eds.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto.
- Barros, I., Botelho, T. (2008). *Necessidades e Stress dos Pais de Bebés Prematuros Hospitalizados*. (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Referência*, III (2), 73-80.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi.
- Benner, P., Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. California: Addison-Wesley.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Brazelton, T. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brazelton, T. (1992). Gravidez: o nascimento da vinculação. In Brazelton, T. (1992). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento* (pp. 15-60). Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. (2002). *Dar atenção à criança: Para compreender os problemas normais do crescimento*. Mem Martins: Terramar.
- Brazelton, T., Cramer, B. (2007). *A Relação Mais Precoce: os pais, os bebés e a interação precoce* (5.ª ed.). Lisboa: Terramar.

- Busse, M., Stromgren, K., Thorngate, L., Thomas, K. (2013). Parent`s Responses to Sress in the Neonatal Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 33 (4), 52-59.
- Canavarro, M. (2006). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro, M. (Eds.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Carley, A. (2012). Can Journaling Provide Support for NICU Families? *Journal For Specialists in Pediatric Nursing*, 17, 154-257.
- Carta da Criança Hospitalizada (1988). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Casey, A., Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 2 (84) (November), 44.
- Casey, A. (1993). Delevopment and Use of Partnership Model of Nursing Care. In Glasper; E.; Tucher, A. *Advances in child health nursing*. London.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058 – 106.
- Cignacco, E. *et al.* (2007). The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literatur e review. *European Journal of Pain*, 11 (2), 139-152.
- Chick, N., Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In Chinn, P. *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Rockeville: Aspen.
- Christie, J, Poulton, B., Buting, B. (2007). An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (1), 38-50.
- Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem (2011). Versão 2 Ordem dos Enfermeiros. Usine: Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Clendon, J., Dignam, D. (2010). Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (5), 968-977.
- Cleveland, L. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37, 666-691.
- Colman, L., Colman, A. (1994). *Gravidez – a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Cruz, S. (2008). A Supervisão Clínica em Enfermagem como Estratégia de Qualidade no Contexto da Enfermagem Avançada. *Servir*, 56 (5), 200-205.

- Diogo, P. (2009). *Metamorfose Da Experiência Emocional No Acto De Cuidar: O Processo De Uso Terapêutico Das Emoções Em Enfermagem Pediátrica*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: um Processo de metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Direcção-Geral de Saúde (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa tipo de atuação* (2ª edição). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012a). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Norma n.º 40/2011 (atualização em 26/01/2012) Lisboa: DGS
- Direcção-Geral de Saúde (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Orientação n.º 24/2012. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013*. Lisboa: DGS.
- Fegran, L., Helseth, S. (2009). The parent–nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 667- 673.
- Fenwivk, J., Barclay, L., Schmied, V. (2001a). Struggling to mother: A consequence of inhibitive nursing interactions in the neonatal nursery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 33 (5), 583-593.
- Fenwivk, J., Barclay, L., Schmied, V. (2001b). “Chatting”: An importante tool for facilitating mothering in the neonatal nursery. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (5), 583-593.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma Competência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), 45-60.
- Fujlwara, T., Kato, N., Sanders, M. (2011). Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple P) in Changing Child Behavior, Parenting Style, and Parental Adjustment: An Intervention Study in Japan. *Journal of Child and Family Studies*, 804-813.
- Gage, D., Everett, D., Bullock, L. (2006). Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 56-62.

- Galvin, E. *et al.* (2000). Challenging the percepts of family-centered care: testing a philosophy. *Paediatric Nursing*, 26, 635-632.
- Gasparido, C., Linhares, M., Martinez, F. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81 (6), 435-442.
- Gonulal, D., Yalaz, M., Altun-Koroglu, O., Kultursay, N. (2014). Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 56, 171-176.
- Guzmán-Arteaga, A. Fajardo-Ochoa, F.Rodríguez, C., Hernández, G. (2013). Efecto Analgésico de la Solución Glucosada al 25% vs Crema EMLA. Evaluación por la Escala de PIPP. *BolClinHospInfant Edo Son*, 30 (2), 56-62.
- Heerman, A., Wilson, M., Wilhelm, P. (2005). Mothers in the NICU: Outsiders to partners. *Pediatric Nursing*, 31 (3), 176-200.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Hockenberry, M., Wilson, W. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição). Lisboa: Lusociência.
- Holditch-Davis, D. *et al.* (2009). Patterns of distress in African-American mothers of preterm infants. *J. DevBehavPediatr.*, 30 (3), 193-205.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In *Ser pai, ser mãe: parentalidade, um desafio para o terceiro milénio* (1ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo livraria e editora ldt.
- Huff, L. *et al.* (2009). Atraumatic Care: EMLA Cream and Application of Heat to Facilitate Peripheral Venous Cannulation in Children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 32, 65 –76.
- Hurst, I. (2001). Vigilant watching over: Mother's actions to safeguard their premature baby in the NICU. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15 (3), 39-57.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care (2011). *Advancing the Practice of Patient And Family-centered care in Hospitals. How to Get Started...*Bethesda: IPFCC.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança, (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Kashaninia, Z., Sajedi, F., Rahgozar, M., Noghabi, F. A. (2008). The effect of Kangaroo Care on Behavioral Responses to Pain of na Intramuscular Injection in Neonates. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13 (4), 275-280.
- Kenner, C. (2001). *A Enfermagem Neonatal* (2.<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso.
- Kérouac, S. *et al.* (1996). *El pensamiento enfermero*. Elsevier Masson: Barcelona.
- Klaus, M., Kennell, J. (1993). A Família Durante a Gravidez. In Klaus, M., Kennell, J. *Pais/Bebés – a formação do apego* (pp. 21-41). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kralik, D., Visentin, K., Loom, A. (2006). Transitions: a central concept in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 2.
- Lago, P. *et al.* (2009). Guidelines for procedural pain in the newborn. *Acta Paediatrica*, 98 (6), 932-939.
- Latimer, M., Johnston, C., Ritchie, J., Clarke, S., Gilin, D. (2009). Factors Affecting Delivery of Evidence-Based Procedural Pain Care in Hospitalized Neonates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 38, (2), 182–194.
- Levy, L., Bértolo, H. (2008). *Manual do Aleitamento Materno* (Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés). Lisboa: UNICEF.
- Lupton, D., Fenwick, J. (2001). “They’ve forgotten that i’m the mum” constructing and practicing motherhood in special care nurseries. *Social Sciences and Medicine*, 53, 1011-1021.
- Marcatto, J., Tavares, E., Silva, Y. (2010). Anestesia tópica em recém-nascidos prematuros: uma reflexão acerca da subutilização deste recurso na prática clínica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22 (1), 69-76.
- Meighan, M.(2004). Ramona T. Mercer: Consecução do papel maternal. In Tomey, A., Alligood, M. (Coords.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (pp. 521-541). Loures: Lusociência.
- Meleis, A., Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259.
- Meleis, A. *et al.* (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (3<sup>o</sup> ed.) London: Lippincott.

- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress* (4<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, I. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. (Tese de doutoramento). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Mercer, R., Ferketich, S. (1990) Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*, 15(3), 268-280.
- Mercer, R. (1995). *Becoming mother: research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer.
- Mercer, R. (2004). Becoming mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), 226-232.
- Mercer, R., Walker, L. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35 (5), 568-582.
- Mercer, R. (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. In A. Meleis, *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 94-104).New York: Springer Publishing.
- Milstersteiner, A., Milstersteiner, D., Rech, V., Molle, L. (2003). Respostas fisiológicas de Posição Mãe-Canguru em bebês pré-termos de baixo peso e ventilando espontaneamente. *Revista Brasileira Materno Infantil*, 3 (4), 447-455.
- Morrow, C., Hidinger, A., Wilkinson-Faulk, D. (2010). Reducing Neonatal Pain during Routine Heel Lance Procedures. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 35 (6), 346-354.
- Nyström, K., Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 319-330.
- Oliveira, C., Pedrosa, A., Canavarro, M. (2005). Gravidez, parentalidade e mudança. Stress e adaptação nos processos de transição para a parentalidade. In Pinto, A., Silva, A. (Orgs.). *Stress e bem-estar* (pp.59-83). Lisboa: Climepsi.
- Olshtain-Mann, O., Auslander, G. (2008). Parents of preterms infants two months after discharge from the hospital: are they still at (parental) risk? *HealthSocWork*, 33 (4), 299-308.
- Opperman, C., Cassandra, K. (2001). *Enfermagem pediátrica contemporânea*. Loures: Lusociência.

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégicas Não Farmacológicas No Controlo da Dor na Criança*. Cadernos OE. I Série (6). Lisboa: OE.
- Orzalesi, M., Lucia, A. (2011). Communication with parents in neonatal intensive care. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24 (1), 135-137.
- Papalia, E., Olds, W., Feldman, D. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Pereira, I. (2001). *Do hospital para casa: estrutura da ação de enfermagem. Uma teoria de médio alcance*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed.
- Perrenoud, P. (2000). *Dez novas competências para ensinar*. Porto Alegre: Artmed.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Phillips, S. J., Tooley, G. A. (2005). Improving child and family outcomes following complicated births requiring admission to neonatal intensive care units. *Sexual and Relationship Therapy*, 20 (4), 431-442.

- Pinto, M. (2009). Vigilância do Desenvolvimento Psicomotor e Sinais de Alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 677-687.
- Rabelo, M., Chaves, E., Cardoso, M., Sherlock, M. (2007). Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. *Ata paulista de enfermagem*, 20, 333-337.
- Redman, B. (2002). *A prática da educação para a saúde*. Loures: Lusociência
- Relvas, A. (1996). A vida da Família. In Relvas, A. *O ciclo vital da família – Perspectiva sistémica* (pp.9-31). Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A.P., Alarcão, M. (2002). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto.
- Relvas, A., Lourenço, M. (2006). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica. In Canavarro, M. (Orgs.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século.
- Sanjari, M. *et al.* (2009). Nursing Support for parents of Hospitalized Children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 32, 120-130.
- Schechter, N. *et al.* (2007). Pain Reduction during Pediatric Immunizations: Evidence-Based Review and Recommendations. *Pediatrics Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 119 (5), 1184-1198.
- Schumacher, K., Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127.
- Sheridan, M. (2007). *From Birth To Five Years. Children's Development Progress* (3<sup>a</sup> ed.). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Spence, K. *et al.* (2010). Evidenced-based clinical practice guideline for management of newborn pain. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 184–192.
- Tamez, R., Silva, M. (2002). *Enfermagem na UTI neonatal - assistência ao recém nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45 (6), 204-211.
- Travelbee, J. (1979). *Intervencion en enfermeria psiquiatrica: el proceso de la relacion de persona a persona*. Colombia: Carvajal.
- Trombini, E., Surcinelli, P., Piccioni, A., Alessandroni, R., Faldella, G. (2008). Environmental factors associated with stress in mothers of preterm newborns. *ActaPaediatr.*, 97 (7), 894-898.

- Young, J. *et al.* (2006). Negotiation of care for a hospitalized child: parental perspectives. *Neonatal, Paediatrics and Child Health Nursing*, 9 (2) 4-10.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (2), 25-32.

**ANEXOS**

## **Anexo I**

Representação gráfica da Teoria das Transições de Afaf

Meleis

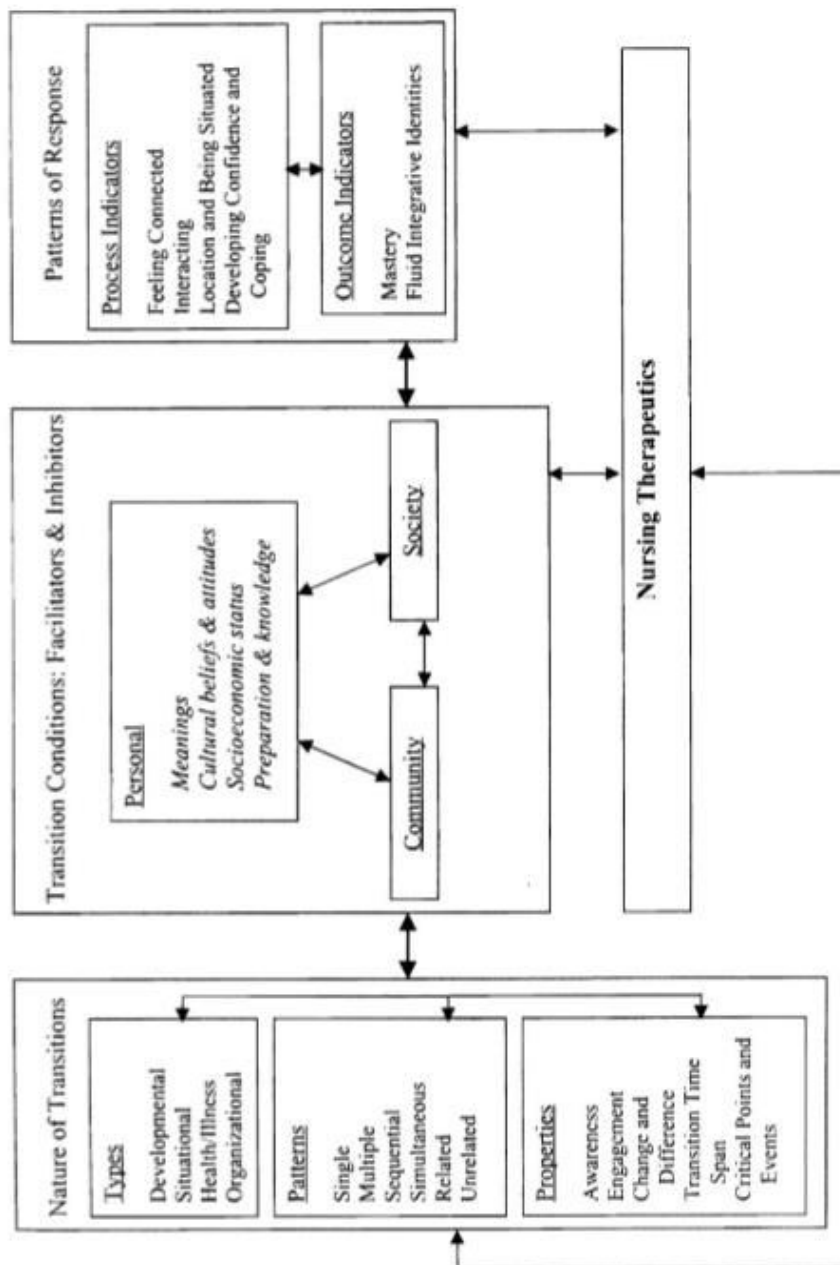


Fig 1. Transitions: a middle-range theory.

Fonte: Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000, p.17

## **APÊNDICES**

**Apêndice I**  
Guia Orientador das Atividades de Estágio

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIDADE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

GUIA ORIENTADOR  
DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Docente Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Discente: Irina Barros, nº 5468

Lisboa, 2015

## **1. NOTA INTRODUTÓRIA**

A realização do presente Guia Orientador das Atividades de Estágio, surge no âmbito da realização dos estágios previstos na Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no plano de estudos do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Pós Licenciatura de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, com a finalidade de constituir um instrumento de apoio e orientação das atividades a desempenhar em cada contexto de estágio, permitindo igualmente sintetizar as experiências vividas e as competências adquiridas na conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família.

As diferentes experiências de estágio tiveram como ponto de partida um projeto prévio, que se encontra assente “nas disposições curriculares, nas necessidades e interesses do estudante, e no autodiagnóstico das competências comuns e específicas do EESCJ” (Programa da Unidade Curricular Estágio com Relatório, 2013)<sup>5</sup>.

A problemática que orientou os estágios tem na sua génese o título “Transição para a Parentalidade em contexto de Neonatologia: apoio educacional e emocional como intervenção terapêutica de enfermagem”.

A estrutura deste Guia foi desenvolvida de forma a apresentar inicialmente um breve enquadramento teórico sobre a temática, problema e objeto de estudo, seguindo-se uma apresentação esquemática dos objetivos definidos e atividades concretizadas por contextos de estágio. Neste sentido, representou-se como um recurso organizador.

## **2. BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A transição para a parentalidade é o mais importante acontecimento de desenvolvimento na vida adulta, tornar-se mãe e pai envolve a transferência de uma realidade conhecida e atual para uma desconhecida e nova. Esta transição requer metas de reestruturação, comportamentos e responsabilidades para alcançar uma nova conceção do *Self* (Mercer, 2010).

É sabido que a transição normativa para a parentalidade é acompanhada por um conjunto de dúvidas, incertezas, ansiedades e preocupações por parte dos pais. Numa situação de doença e hospitalização do bebé numa UCIN, esta vivência ganha outros

---

<sup>5</sup> Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013). *Programa da Unidade Curricular. Estágio com Relatório 2013/2014*. Lisboa: ESEL.

contornos e nas palavras de Barros (2006, p. 235-236) representa “um começo de vida diferente .... num ambiente artificial e difícil ...”, para todos os parceiros envolvidos – bebês, pais e família. Estes casais atravessam habitualmente uma transição de planos face a um futuro idealizado como feliz e cheio de expectativas positivas, para, o de um futuro imprevisível, que lhes foge do controle, cheio de incertezas e angústias (Orzalesi & Lucia, 2011). Segundo Lau e Morse (2003) citados por Phillips e Tooley (2005), referem-se a esta experiência como uma montanha russa de emoções que variam desde a alegria ao alívio, tristeza, desapontamento, frustração e, frequentemente, depressão. Vários autores fazem referência ao impacto do ambiente desconhecido das UCIN’s, entendido como potencialmente ameaçador, onde se desenrolam muitos desafios ao desempenho dos seus papéis parentais (Fenwick, Barclay & Schmied, 2001a, 2001b; Heerman, Wilson, & Wilhelm, 2005; Hurst, 2001; Lupton & Fenwick, 2001).

Compreender como os pais vivenciam transições ao nível da sua parentalidade face à hospitalização e doença do seu bebé, torna-se pertinente para a Enfermagem, na medida em que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as mesmas provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências (Meleis *et al.*, 2000). O grande desafio que se coloca aos enfermeiros consiste em apoiar aqueles que se encontram em transição, compreender os seus processos e desenvolver intervenções apropriadas às suas necessidades e ao seu estado de saúde (Schumacher & Meleis, 1994). É também sabido que o exercício da parentalidade intervém ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança, constatando-se que a sua ausência ou alteração, pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no aparecimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage, Everett & Bullock, 2006).

A parentalidade representa um conceito chave para o EESCJ, emergindo como um foco de atenção relevante para a Enfermagem (CIPE, 2011). A OE (2010, p. 3) considera essencial que o EESCJ desenvolva competências específicas no âmbito da “implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade”. A sua intervenção deve promover os processos de adaptação, satisfazer as necessidades dos pais e a sua máxima independência na realização das atividades no cuidar dos seus filhos e para tomar decisões. Obtendo-se assim, a adaptação funcional

aos défices de conhecimentos e capacidades, bem como a adaptação aos múltiplos fatores intervenientes no processo de transição, através da aprendizagem (OE, 2002).

A parentalidade emerge ainda como um dos focos do resumo mínimo de dados de Enfermagem (OE, 2007, p. 2), “concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população”, o que denota a parentalidade como uma das áreas prioritárias de uma política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Neste sentido, o processo educativo e o apoio emocional podem ser meios de capacitação para o fortalecimento das relações entre os pais e o recém-nascido, aumentando a capacidade de enfrentar situações com mais autonomia e segurança. Jorge (2004) ressalva que estimular as competências de cada uma destas famílias fá-las sentir ainda mais capazes para cuidar dos seus filhos durante o período de hospitalização e posteriormente, se necessário. A este respeito, Barros (1998, 2003) considera que a hospitalização e o internamento também podem ser encarados como oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento, controlo de stress e de sentimento de competência para enfrentar situações, tanto para os pais como para as crianças.

### **3. OBJETIVOS E ATIVIDADES POR CONTEXTOS DE ESTÁGIO**

Foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências de EESCJ no cuidar à criança/jovem e família nos diferentes contextos da prática, visando o desempenho ao nível científico, técnico e humano em situações de maior complexidade,
- Desenvolver competências de EESCJ promotores da transição para a parentalidade em contexto de neonatologia.

De seguida, apresentamos em formato de quadro, os objetivos específicos definidos e atividades realizadas para cada contexto de estágio, pela ordem cronológica em que os mesmos decorreram.

**Unidade Cuidados Intensivos/ Intermédios Neonatais**

(Duração: 4 semanas + 4 semanas)

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de documentos específicos do local de estágio (normas, instruções de trabalho e outros documentos relevantes da instituição e serviço)</li> <li>• Observação da dinâmica do serviço para compreender o método de trabalho, a articulação da equipa multidisciplinar e a filosofia de cuidados do serviço de saúde</li> <li>• Discussão e análise de situações concretas de cuidados com elementos da equipa e enfermeiro de referência</li> <li>• Reuniões de orientação com os enfermeiros de referência</li> <li>• Prestação de cuidados especializados, em parceria, ao RN e pais/família, através da mobilização de recursos e conhecimentos, sustentada pelo julgamento clínico e tomada de decisão</li> <li>• Promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através da avaliação e registo dos parâmetros antropométricos do RN e implementação de medidas de controlo dos estímulos ambientais, posicionamento terapêutico adequado do RN e medidas de controlo da dor no RN</li> <li>• Análise da intervenção do EESCJ no seio da equipa multidisciplinar através da observação e colaboração com o enfermeiro de referência nas suas atividades como gestor de cuidados</li> <li>• Reflexão sobre as práticas de cuidados, relacionado com os conceitos chave do projeto através da escrita/realização de jornais de aprendizagens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiais (Computador e internet para pesquisa em bases de dados científicas, documentos da instituição/serviço de saúde, livros e manuais técnicos, <i>datashow</i>)</li> <li>• Tempo</li> <li>• Humanos (Equipa multidisciplinar, enfermeiros de referência, equipa de enfermagem, professora orientadora)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</li> <li>• A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada</li> <li>• D 2.2 Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade</li> <li>• E1 Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde;</li> <li>• E 1.2.1 Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às varias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas</li> <li>• E 2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade</li> <li>• E 2.1.Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</li> <li>• E3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a adaptação ao processo de transição para a parentalidade e ao desenvolvimento de competências parentais</li> <li>• Aperfeiçoar técnicas promotoras de educação para a saúde</li> <li>• Implementar intervenções promotoras de apoio educacional os pais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais sobre transição para a parentalidade e parentalidade e educação para a saúde; leitura e análise</li> <li>• Realização do acolhimento e admissão ao RN e pais/ família na unidade</li> <li>• Elaboração de instrução de trabalho sobre acolhimento e admissão do RN e pais/família</li> <li>• Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados através do incentivo da presença dos mesmos na unidade e esclarecimento da sua importância para o RN e para a equipa</li> <li>• Transmissão de informações, orientação/ensinos, adaptados, para a preparação de regresso a casa, adequado às necessidades, no decorrer do internamento e sua validação na prestação de cuidados</li> <li>• Educação para a saúde individual através do esclarecimento gradual de dúvidas dos pais relativas aos cuidados ao RN</li> <li>• Elaboração e implementação de folha de avaliação das necessidades de aprendizagem dos pais</li> <li>• Elaboração de outros meios/recursos como suporte de educação para a saúde para os pais (folhetos sobre prevenção de síndrome de morte súbita do lactente e método canguru)</li> <li>• Articulação com os recursos existentes na comunidade para continuidade dos cuidados após o regresso a casa</li> <li>• Elaboração de instrução de trabalho sobre uniformização da carta de alta de enfermagem e protótipo de carta de alta de enfermagem</li> <li>• Participação na sessão “Cuidados centrados no desenvolvimento – Método Canguru”</li> <li>• Realização de entrevista a perito (Prof.ª Sónia Colaço)</li> </ul>		<p>jovem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E 3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• B 3.1. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</li> <li>• E 1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</li> <li>• E 1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar</li> <li>• E 1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde;</li> <li>• E 1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;</li> <li>• E 1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde</li> <li>• E.1.1.10. Trabalha em parceria</li> </ul>
---	---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aperfeiçoar técnica de comunicação na relação com os pais/família</li> <li>• Implementar intervenções promotoras de apoio emocional aos pais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de comunicação e relação terapêutica com os pais/família</li> <li>• Participação no processo de apoio prestado à família pelo enfermeiro em situações de maior complexidade</li> <li>• Valorização das emoções, dúvidas e preocupações dos pais face ao processo de saúde/doença e hospitalização do seu filho através da disponibilidade demonstrada para o diálogo, escuta, proximidade e compreensão face à vivência de uma experiência emocionalmente intensa</li> <li>• Implementação do método canguru na prestação de cuidados ao RN e pais</li> <li>• Divulgação das vantagens do aleitamento materno para o RN e mães, incentivo à extração de leite materno e sua administração e apoio no momento de amamentar como medidas promotoras da amamentação</li> <li>• Sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da implementação do método canguru através do exemplo dado na prática de cuidados, promoção de momentos de reflexão (passagens de turno) e realização de formação em serviço à equipa sobre método canguru</li> <li>• Elaboração de jornal de aprendizagem</li> </ul>		<p>com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E. 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</li> <li>• E.1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde</li> <li>• E 1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família</li> </ul> <p>• E 3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E. 3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família</li> <li>• D1 Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</li> <li>• D2 Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento</li> </ul> <p>E.3.2.4. Utiliza estratégias para</p>
--	--	--	--

			promover o contato físico pais/RN E. 3.2.5 Promove a amamentação
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a gestão e o alívio da dor no RN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão da literatura sobre medidas não farmacológicas no alívio da dor no RN; leitura e análise</li> <li>• Implementação de medidas não farmacológicas no alívio da dor no RN na prestação de cuidados, nomeadamente administração de sacarose, sucção não nutritiva, método canguru, aleitamento materno e gestão dos estímulos ambientais</li> <li>• Realização de formação em serviço à equipa sobre medidas não farmacológicas de alívio da dor no RN para sensibilização da equipa de enfermagem para a valorização da dor no RN e implementação dessas medidas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• D 2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade</li> <li>• D 2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade</li> <li>• E 2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;</li> <li>• E 2.2.1 Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem;</li> <li>• E 2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor</li> </ul>

**Internamento de pediatria**

(Duração: 4 semanas)

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta de documentos específicos do local de estágio (normas, instruções de trabalho e outros documentos relevantes da instituição e serviço)</li><li>• Observação da dinâmica do serviço para compreender o método de trabalho, a articulação da equipa multidisciplinar e a filosofia de cuidados do serviço de saúde</li><li>• Discussão e análise de situações concretas de cuidados com elementos da equipa e enfermeiro de referência</li><li>• Prestação de cuidados especializados, em parceria, através da mobilização de recursos e conhecimentos, sustentada pelo julgamento clínico e tomada de decisão</li><li>• Identificação das patologias mais comuns na criança/jovem</li><li>• Promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através da avaliação e registo dos parâmetros antropométricos da criança/jovem e implementação de atividades/brincadeiras promotoras do desenvolvimento (adequadas à idade) e orientação aos pais/família</li><li>• Análise da intervenção do EESCJ no seio da equipa multidisciplinar através da observação e colaboração com o enfermeiro de referência nas suas atividades como gestor de cuidados</li><li>• Reflexão sobre as práticas de cuidados, relacionado com os conceitos chave do projeto através da escrita/realização de jornais de aprendizagens</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Material (Computador e internet para pesquisa em bases de dados internacionais, normas e procedimentos da unidade, manuais e protocolos do serviço, livros e manuais técnicos)</li><li>• Tempo</li><li>• Humanos (Equipa multidisciplinar, enfermeiros de referência, equipa de enfermagem, professora orientadora)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</li><li>• A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada</li><li>• D 2.2 Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade</li><li>• A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada</li><li>• E1. Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde;</li><li>• E 1.2.1 Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às varias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas</li><li>• E 2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade</li><li>• E 2.5. Promove a adaptação da criança/jovem à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade</li><li>• E3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem</li><li>• E 3.1. Promove o crescimento e</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a adaptação ao processo de transição para a parentalidade e ao desenvolvimento de competências parentais</li> <li>• Aperfeiçoar técnicas promotoras de educação para a saúde</li> <li>• Implementar intervenções promotoras de apoio educacional aos pais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais sobre transição para a parentalidade e parentalidade e educação para a saúde; leitura e análise</li> <li>• Realização do acolhimento e admissão da criança/jovem e família no internamento</li> <li>• Transmissão de informações, orientação/ensinos, adaptados, para a preparação de regresso a casa, adequado às necessidades, no decorrer do internamento e sua validação na prestação de cuidados</li> <li>• Educação para a saúde individual através do esclarecimento gradual de dúvidas dos pais relativas aos cuidados à criança ou esclarecimento de dúvidas ao adolescente relativamente ao seu autocuidado</li> <li>• Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados através do incentivo da presença dos mesmos no internamento e esclarecimento da sua importância para a criança/jovem e para a equipa</li> <li>• Elaboração de instrução de trabalho sobre acolhimento e admissão da criança/jovem e família no internamento</li> <li>• Elaboração de suportes de papel com orientações genéricas após a alta para entrega aos pais: vigilância de saúde e vacinação, prevenção de doenças e sinais de alerta, desenvolvimento infantil no 1º ano de vida: principais competências do bebé e atividades promotoras do desenvolvimento e, por fim, desafios à parentalidade (em articulação com a psicóloga e diretor do serviço de pediatria).</li> <li>• Articulação com os recursos existentes na comunidade para continuidade dos cuidados após o regresso a casa</li> </ul>		<p>o desenvolvimento infantil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• B 3.1. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</li> <li>• E 1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</li> <li>• E 1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar</li> <li>• E 1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde;</li> <li>• E 1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;</li> <li>• E 1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde</li> <li>• E.1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no</li> </ul>
--	---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aperfeiçoar técnica de comunicação na relação com os pais/família</li> <li>• Implementar intervenções promotoras de apoio emocional aos pais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de comunicação e relação terapêutica com os pais/família</li> <li>• Participação no processo de apoio prestado à família pelo enfermeiro em situações de maior complexidade</li> <li>• Valorização das emoções, dúvidas e preocupações dos pais face ao processo de saúde/doença e hospitalização do seu filho através da disponibilidade demonstrada para o diálogo, escuta, proximidade e compreensão face à vivência de uma experiência emocionalmente intensa</li> <li>• Elaboração de jornal de aprendizagem</li> </ul>		<p>sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E. 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</li> <li>• E.1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde</li> <li>• E 1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família</li> <li>• E.3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais</li> <li>• E 3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura;</li> <li>• E. 3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família</li> <li>• D1 Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</li> </ul>
--	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a gestão e o alívio da dor na criança/jovem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão da literatura sobre medidas não farmacológicas no alívio e controlo da dor na criança/jovem, leitura e análise</li> <li>• Prestação de cuidados não traumáticos e implementação de medidas não farmacológicas no alívio da dor adequados à idade e desenvolvimento da criança/jovem</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2 Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento</li> <li>• D 2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade</li> <li>• E 2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;</li> <li>• E 2.2.1 Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem;</li> <li>• E 2.2.2 Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor</li> <li>• E 2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor</li> </ul>
--	---	--	---

**Cuidados de saúde primários**

(Duração: 3 semanas)

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de documentos específicos do local de estágio (normas, instruções de trabalho e outros documentos relevantes da instituição e serviço)</li> <li>• Observação da dinâmica do serviço para compreender o método de trabalho, a articulação da equipa multidisciplinar e a filosofia de cuidados do serviço de saúde</li> <li>• Discussão e análise de situações concretas de cuidados com elementos da equipa e enfermeiro de referência</li> <li>• Prestação de cuidados especializados, em parceria, através da mobilização de recursos e conhecimentos, sustentada pelo julgamento clínico e tomada de decisão</li> <li>• Observação, participação e intervenção em consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, efetuando registos no BSIJ</li> <li>• Identificação e avaliação dos parâmetros considerados no PNSIJ quanto ao atendimento à criança/jovem e família</li> <li>• Avaliação do crescimento infanto-juvenil através da recolha de dados antropométricos</li> <li>• Avaliação do desenvolvimento infantil com recurso à Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada</li> <li>• Promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através de orientações relativos à alimentação saudável e adequada da criança e da implementação de atividades/brincadeiras promotoras do desenvolvimento (adequadas à idade) e orientação aos pais/família</li> <li>• Observação e colaboração na vacinação infantil/juvenil</li> <li>• Identificação das situações mais frequentes que motivam os pais na procura dos cuidados de saúde primários</li> <li>• Análise da intervenção do EESCJ no seio da equipa multidisciplinar através da observação e colaboração com o enfermeiro de referência nas suas atividades como gestor de cuidados</li> <li>• Reflexão sobre as práticas de cuidados, relacionado com os conceitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material (Computador e internet para pesquisa em bases de dados científicas, documentos da instituição/serviço de saúde, livros e manuais técnicos, data show, escala de Mary Sheridan modificada, PNSIJ 2013, material necessário à avaliação do desenvolvimento de acordo com a idade da criança)</li> <li>• Tempo</li> <li>• Humanos (Equipa multidisciplinar, enfermeiros de referência, equipa de enfermagem, professora orientadora)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</li> <li>• A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada</li> <li>• E1 Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde</li> <li>• E 1.2.1 Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às varias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas</li> <li>• E.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem</li> <li>• E 3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil</li> <li>• E.3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento</li> <li>• E.3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a adaptação ao processo de transição para a parentalidade e ao desenvolvimento de competências parentais</li> <li>• Aperfeiçoar técnicas promotoras de educação para a saúde</li> <li>• Implementar intervenções promotoras de apoio educacional aos pais</li> </ul>	<p>chave do projeto através da escrita/realização de jornais de aprendizagens</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais sobre transição para a parentalidade e parentalidade e educação para a saúde; leitura e análise</li> <li>• Transmissão de informações, orientações/ensinos à criança/jovem e pais e sua validação</li> <li>• Transmissão de cuidados e orientações antecipatórias à criança/jovem e família considerados no PNSIJ</li> <li>• Educação para a saúde individual através do esclarecimento gradual de dúvidas dos pais relativas aos cuidados à criança ou esclarecimento de dúvidas ao adolescente relativamente ao seu autocuidado</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• B 3.1. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</li> <li>• E.3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil</li> <li>• E 1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</li> <li>• E 1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar</li> <li>• E 1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde;</li> <li>• E 1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;</li> <li>• E 1.1.5. Procura</li> </ul>
--	---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aperfeiçoar técnica de comunicação na relação com os pais/família</li> <li>• Implementar intervenções promotoras de apoio emocional aos pais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de comunicação e relação terapêutica com os pais/família</li> <li>• Participação no processo de apoio prestado à família pelo enfermeiro em situações de maior complexidade</li> <li>• Valorização das emoções, dúvidas e preocupações dos pais face ao processo de saúde/doença do seu filho através da disponibilidade demonstrada para o diálogo, escuta, proximidade e compreensão face à vivência de uma experiência emocionalmente intensa</li> <li>• Elaboração de jornal de aprendizagem</li> </ul>		<p>sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E. 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</li> <li>• E.1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde</li> <li>• E 1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família</li> <li>• E 3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura</li> <li>• E. 3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família</li> <li>• D1 Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</li> <li>• D2 Baseia a sua práxis clínica</li> </ul>
--	--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a gestão e o alívio da dor na criança/jovem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão da literatura sobre medidas não farmacológicas no alívio da dor na criança/jovem; leitura e análise</li> <li>• Prestação de cuidados não traumáticos e implementação de medidas não farmacológicas no alívio da dor adequados à idade e desenvolvimento da criança/jovem</li> </ul>		<p>especializada em sólidos padrões de conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D 2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade</li> <li>• E 2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;</li> <li>• E 2.2.1 Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem;</li> <li>• E 2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor</li> </ul>
--	--	--	--

**Serviço de Urgência Pediátrica**

(Duração: 3 semanas)

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisar o contexto na sua vertente funcional, estrutural e organizacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de documentos específicos do local de estágio (normas, instruções de trabalho e outros documentos relevantes da instituição e serviço)</li> <li>• Observação da dinâmica do serviço para compreender o método de trabalho, a articulação da equipa multidisciplinar e a filosofia de cuidados do serviço de saúde</li> <li>• Discussão e análise de situações concretas de cuidados com elementos da equipa e enfermeiro de referência</li> <li>• Observação e prestação de cuidados especializados à criança/jovem em situação urgente, através da mobilização de recursos e conhecimentos, sustentada pelo julgamento clínico e tomada de decisão</li> <li>• Identificação das situações urgentes mais comuns na criança e jovem</li> <li>• Identificação das situações mais comuns que motivam os pais de recém-nascidos na procura dos cuidados de urgência pediátrica através da consulta de episódios e análise estatística dos resultados obtidos</li> <li>• Treino na avaliação da gravidade e prioridade de situações de doença da criança/jovem (triagem)</li> <li>• Análise da intervenção do EESCJ no seio da equipa multidisciplinar através da observação e colaboração com o enfermeiro de referência nas suas atividades como gestor de cuidados</li> <li>• Reflexão sobre as práticas de cuidados, relacionado com os conceitos chave do projeto através da escrita/realização de jornais de aprendizagens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material (Computador e internet para pesquisa em bases de dados científicas, documentos da instituição/serviço de saúde, livros e manuais técnicos, <i>datashow</i>)</li> <li>• Tempo</li> <li>• Humano</li> <li>• (Equipa multidisciplinar, enfermeiros de referência, equipa de enfermagem, professora orientadora)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</li> <li>• A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada</li> <li>• E1. Assiste a criança/jovem na maximização da sua saúde</li> <li>• E 1.2.1 Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas</li> <li>• E. 2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade</li> <li>• E 2.1 Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem adequados</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a adaptação ao processo de transição para a parentalidade e ao desenvolvimento de competências parentais</li> <li>• Aperfeiçoar técnicas promotoras de educação para a saúde</li> <li>• Implementar intervenções promotoras de apoio educacional aos pais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais sobre transição para a parentalidade e parentalidade e educação para a saúde; leitura e análise</li> <li>• Transmissão de informações, orientações/ensinos à criança/jovem e pais e sua validação</li> <li>• Educação para a saúde individual através do esclarecimento gradual de dúvidas dos pais relativas aos cuidados à criança ou esclarecimento de dúvidas ao adolescente relativamente ao seu autocuidado</li> <li>• Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados através do incentivo da sua colaboração durante a realização de procedimentos/tratamentos à criança/jovem, esclarecendo-se a importância da sua presença para a criança e para a equipa</li> <li>• Realização de sessões de educação sobre o tema à equipa de enfermagem com o objetivo de identificar os problemas mais comuns que motivam os pais de recém-nascidos a recorrer ao SUP, sensibilizando para a importância do suporte e apoio educacional e emocional prestado pelos enfermeiros aos mesmos.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• B 3.1. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</li> <li>• E 1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem</li> <li>• E 1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar</li> <li>• E 1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde;</li> <li>• E 1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de</li> </ul>
--	--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aperfeiçoar técnica de comunicação na relação com os pais/família</li> <li>• Implementar intervenções promotoras de apoio emocional aos pais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de comunicação e relação terapêutica com os pais/família</li> <li>• Participação no processo de apoio prestado à família pelo enfermeiro em situações de maior complexidade</li> <li>• Identificação das estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde nesses momentos</li> <li>• Valorização das emoções, dúvidas e preocupações dos pais face ao processo de saúde/doença e hospitalização do seu filho através da disponibilidade demonstrada para o diálogo, escuta, proximidade e compreensão face à vivência de uma experiência emocionalmente intensa</li> <li>• Elaboração de jornal de aprendizagem</li> </ul>		<p>saúde/doença;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• E 1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde</li> <li>• E. 1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem</li> <li>• E.1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde</li> <li>• E 1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família</li> <li>• E 3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;</li> <li>• E. 3.3.1. Demonstra conhecimentos</li> </ul>
--	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a gestão e o alívio da dor na criança/jovem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisão da literatura sobre medidas não farmacológicas no controlo e alívio da dor na criança/jovem; leitura e análise</li> <li>Prestação de cuidados não traumáticos e implementação de medidas não farmacológicas no alívio da dor adequados à idade e desenvolvimento da criança/jovem</li> <li>Elaboração de dossier temático (informático) sobre o tema para sensibilização da equipa e posterior consulta</li> <li>Elaboração de instrução de trabalho sobre utilização do EMLA</li> <li>Elaboração de poster sobre intervenções não farmacológicas no controlo da dor adequadas ao serviço de urgência pediátrica</li> </ul>		<p>aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>D1 Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</li> <li>D2 Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento</li> <li>D 2.2 Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade</li> <li>E 2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade</li> <li>E 2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;</li> <li>E 2.2.1 Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem;</li> <li>E 2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor</li> </ul>
--	--	--	--

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1, XVI, 11-28.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica, Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Barros, L. (2006). O bebé nascido em situação de risco. In Canavarro, M. C. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 235-254). Coimbra: Quarteto.
- Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem (2011). *Versão 2 Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Fenwick, J., Barclay, L., Schmied, V. (2001a). Struggling to mother: A consequence of inhibitive nursing interactions in the neonatal nursery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 33,5, 583-593.
- Fenwick, J., Barclay, L., Schmied, V. (2001b). “Chatting”: An importante tool for facilitating mothering in the neonatal nursery. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 5, 583-593.
- Gage, D., Everett, D., Bullock, L. (2006). Integrative Review of Parenting in Nursing Research . *Journal of Nursing Scholarship*, 56-62.
- Heerman, A., Wilson, M., Wilhelm, P. (2005). Mothers in the NICU: Outsiders to parterns. *Pediatric Nursing*, 31, 3, 176-200.
- Hurst, I. (2001). Vigilant watching over: Mother’s actions to safeguard their premature baby in the NICU. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15,3, 39-57.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança, (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Lupton, D., Fenwick, J. (2001). “They’ve forgotten that i’m the mum” constructing and practicing motherhood in special care nurseries. *Social Sciences and Medicine*, 53, 1011-1021.
- Meleis, A., Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259.
- Meleis, A. et al. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 1, 12-28.

- Mercer, R. (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. In A. Meleis, *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 94-104). New York: Springer Publishing.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.
- Orzalesi, M., Lucia, A. (2011). Communication with parents in neonatal intensive care. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24, 1, 135-137.
- Phillips, S. J., Tooley, G. A. (2005). Improving child and family outcomes following complicated births requiring admission to neonatal intensive care units. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 4,431-442.

## **Apêndice II**

### **Cronograma de Atividades de Estágio**

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Anos	2014														2015								
Meses	Set.	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro			Mar.			
Dias	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	18		5	12	19	26	2	9	16	23	2
	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5*	12	17		2	9	16	23	30	6	13	20	27	6
Estágio com relatório														Férias Natal					Elaboração e apresentação do relatório				

\* Dia da ESEL

	UCIN – NEO1
	Internamento de Pediatria
	UCSP
	Serviço de Urgência Pediátrica
	Unidade de neonatologia – NEO2

**Apêndice III**  
Caracterização dos Contextos de Estágio

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIDADE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

# Caracterização dos Contextos de Estágio

Docente Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Discente: Irina Barros, nº 5468

Lisboa, 2015

## **1. Enquadramento e justificação**

O presente documento tem como principal objetivo apresentar uma breve caracterização dos contextos de estágio do nosso percurso formativo, justificando a sua escolha, sendo que os mesmos são caracterizados de acordo com o seu posicionamento no percurso formativo desenvolvido.

## **2. Caracterização dos contextos de estágio**

A **Unidade de Neonatologia (NEO1)** é uma unidade de apoio perinatal diferenciado para RN prematuros e/ou com necessidade de cuidados especiais, entre os 0 e os 28 dias de vida (provenientes do bloco de partos, puerpério, UP, INEM RN/outros hospitais)<sup>6</sup>. A sua escolha revelou-se essencial para conhecer outra realidade profissional e de cuidados, com vista a adquirir contributos e transportá-los para o meu contexto profissional. Trata-se de um contexto com profissionais com larga experiência de cuidar o RN de alto risco, prematuros e suas famílias, pelo que representou um contributo essencial para a minha aprendizagem.

Esta unidade é constituída por 3 salas: cuidados intensivos neonatais (5 vagas), cuidados intermédios neonatais (12 vagas) e sala de cuidados polivalentes (que atualmente é utilizada apenas em situações pontuais de crianças em pós operatório da neurocirurgia). O ambiente do serviço é claramente o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos, amplamente recheada de tecnologia e monitorizações, embora na generalidade se apresente como um ambiente terapêutico que se reflete em alguns apontamentos decorativos nas paredes (desenhos), decoração ao redor das incubadoras (identificação dos bebés e cartões de felicitação por datas importantes), quarto designado sala de isolamento (realidade aproximada a um quarto infantil, reservado para as situações de RN em fim de vida, promovendo a privacidade da família nesse espaço) e sala para pais e família, um espaço reservado para os mesmos, com cacifos e zona de descanso com cadeirões, apresentando um ambiente acolhedor, decorado com fotografias, cartas e frases de ex-prematuros e seus pais.

A política e filosofia da instituição relativamente à presença dos pais e horários de visitas alargados para familiares e amigos na unidade é de extrema importância, uma

---

<sup>6</sup>Hospital. (2008). *Guia de Acolhimento Aos Novos Enfermeiros*.

vez que os pais não são vistos como meras visitas, tendo a liberdade de escolha de permanecer 24 horas por dia, o que é promotor do envolvimento parental.

O método de trabalho da equipa é por enfermeiro responsável, estando a equipa previamente distribuída por salas, e existindo o cuidado de se manter, sempre que possível, os mesmos enfermeiros na prestação de cuidados ao RN/pais/família. Em todos os turnos, existe sempre um chefe de equipa que se responsabiliza pela distribuição dos RN por enfermeiro. Os registos de enfermagem são realizados informaticamente através do aplicativo informático SAPE, recorrendo a linguagem CIPE, e existe uma grande preocupação com a documentação das intervenções autónomas de enfermagem, valorizando-se as intervenções que visam promover as competências parentais e o envolvimento da família, assim como, as intervenções de suporte emocional aos pais/família.

Nesta unidade, a intervenção da equipa de enfermagem revela grande sensibilidade para a promoção da vinculação pais-bebé, envolvimento dos mesmos nos cuidados, método canguru, promoção e incentivo à amamentação e ao aleitamento materno e controlo da dor no RN. Neste sentido, consideramos que a equipa demonstra uma grande preocupação para questões relacionadas com a transição para a parentalidade, desenvolvimento do RN e das competências parentais, elaborando e atualizando alguns projetos, normas e trabalhos relacionados com o acolhimento, educação para a saúde, dor e posicionamento no RN, grupo de apoio mútuo e ambiente saudável. De realçar que todos os elementos da equipa, integram um ou mais grupos de trabalho, embora atualmente algumas atividades estejam temporariamente suspensas devido à diminuição do rácio enfermeiro/utente na unidade.

A escolha da **Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP)** prendeu-se com o facto de nesta unidade se efetuar a consulta de enfermagem de saúde infantil de forma estruturada, autónoma e individualizada, com, entre outros, a avaliação do desenvolvimento infantil e cuidados antecipatórios à criança, jovem e família, numa perspetiva de parceria de cuidados. Trata-se de uma unidade de saúde central em Lisboa cujos hospitais de referências da área da saúde materna infantil e pediátrica são hospitais centrais e largamente reconhecidos, disponibilizando consultas de saúde infantil e vacinação de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira. A UCSP tem como missão “ prestar cuidados de saúde primários de qualidade, com eficiência e eficácia, à população da sua área geográfica de influência, através de: promoção da saúde e prevenção da doença,

integração de cuidados, vigilância epidemiológica, investigação em saúde e formação dos vários grupos profissionais”. Tem como valores a ética, rigor e profissionalismo, a promoção das boas práticas e a melhoria da prestação de cuidados e trabalho em equipa.<sup>7</sup>

O espaço físico da saúde infantil da UCSP apresenta um total de 5 gabinetes, dos quais 1 destinados à vacinação infantil e nacional e os restantes reservados para a realização das consultas de enfermagem e consultas médicas e, um balcão de atendimento ao público. A equipa de enfermagem é constituída por 4 elementos, que se distribuem pelas consultas de enfermagem e vacinação, de acordo com as necessidades do serviço, sendo que habitualmente as EESCJ estão mais frequentemente nas consultas.

As instalações da UCSP não são recentes e em termos de recursos materiais de apoio aos gabinetes identificou-se a necessidade de substituição e/ou reposição de algum material. Existe algum esforço no sentido de manter um ambiente terapêutico, estando o espaço decorado com motivos infantis em forma de posters, quadros, desenhos e brinquedos disponíveis para as crianças. Na sala de espera, existe um parque infantil e televisão com acesso a desenhos animados. Os registos de enfermagem são realizados também informaticamente através do dispositivo informático SAPE, utilizando a linguagem CIPE e tendo como base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) para as consultas de enfermagem e através do *software* SINUS para registo da vacinação.

O **Internamento de pediatria** tem como principal missão a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos gerais a crianças e jovens hospitalizados, motivo pelo qual foi escolhido como contexto de estágio. O Serviço tem como missão “prestar cuidados de saúde a crianças dos 0 aos 18 anos, nas suas diferentes valências, oferecendo a todas as crianças/família, cuidados de qualidade, visando a segurança, o conforto em todos os procedimentos, o ensino/orientação dos pais para uma rápida reintegração familiar, valorizando sempre a comunicação e as relações interpessoais”. Para tal, assumiu como objetivos a prestação de cuidados médicos e de enfermagem de qualidade, que permitam o rápido e correto diagnóstico e tratamento das crianças e jovens que a ele acorrem, a promoção da continuidade de cuidados em articulação com os cuidados de saúde primários e unidades de referenciação diferenciada, a promoção da formação e

---

<sup>7</sup> UCSP (s.d.). *Missão e valores*.

desenvolvimento profissional de todos os colaboradores e a colaboração na formação acadêmica de profissionais de saúde.<sup>8</sup>

A lotação do serviço é de 14 camas, dispondo de 7 berços e 7 camas grandes distribuídas por nove quartos. Em situação de picos de afluência o serviço pode estender-se para a ala sul, que dispõe de 3 quartos, dois individuais e um duplo, com as respectivas áreas de apoio. A equipa de enfermagem é composta por dois elementos por turno, sendo que um dos elementos assume as funções de responsável de turno. O método de trabalho é o método individual, em que cada enfermeiro é o responsável pela prestação global dos cuidados a cada criança/jovem/família que lhe está distribuído na divisão de trabalho. Existe a preocupação, sempre que possível, tendo em conta a rotatividade dos turnos, de que os mesmos enfermeiros cuidem sempre da mesma criança/jovem/família no decorrer do internamento. O modelo adotado pelo serviço é o Modelo de Parceria de Anne Casey<sup>2</sup>.

No internamento de Pediatria é permitido o acompanhamento do pai e mãe da criança, em simultâneo, diariamente entre as 9 e as 20h30, sendo que no período noturno, o acompanhamento deve ficar reduzido a um único acompanhante. Na ausência dos pais, a criança pode ficar com um acompanhante indicado por estes. Diariamente está estipulado um período de uma hora e meia para familiares e amigos<sup>9</sup>. O serviço dispõe de um espaço bastante amplo e iluminado, estando decorado com vários apontamentos coloridos, atrativos e estimulantes para a criança, quer nos quartos, como na sala de brincar, refeitório e sala de tratamentos. Representa um ambiente tipicamente infantil e atrativo. Os profissionais, enfermeiros e médicos, vestem fardas coloridas e atrativas. Os quartos são individuais ou duplos o que promove o descanso e privacidade da criança e família. Cada quarto dispõe de uma televisão com TV cabo, assim como é disponibilizada a possibilidade de ativação da rede *wi-fi* para acesso à internet (*Hospital Kids*). O mobiliário da sala de brincar/refeitório está adaptado ao tamanho das crianças, de forma a, facilitar a sua acessibilidade e utilização. As casas de banho não estão adaptadas ao tamanho das crianças recorrendo-se ao uso de redutores de sanitas.

É naturalmente incentivado e permitido que os pais decorem o quarto com objetos e brinquedos da própria criança, nomeadamente quando o internamento é mais longo, tentando aproximar a realidade hospitalar à de casa. Na sala de tratamentos, para além

---

<sup>8</sup>Hospital. (2014). *Regulamento Serviço de Pediatria*.

<sup>9</sup> Hospital (2014). *Regulamento Visitas e Acompanhantes de Utentes*.

da decoração, existe um rádio disponível para colocar cd's de músicas infantis, o que contribui para a implementação dos cuidados não traumáticos. Existem ainda diplomas e medalhas para oferecer e recompensar as crianças, como reforço positivo, após os procedimentos. A equipa realiza os registos informaticamente através de linguagem CIPE e mediante utilização do *software* informático Glinntt®, revelando uma grande preocupação e sensibilidade para a documentação das intervenções autónomas de enfermagem promotoras da capacitação e *empowerment* parental, dando ênfase aos indicadores de cuidadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A escolha do **Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)** prendeu-se com o facto de a sua equipa ser constituída por profissionais de saúde com largos anos de experiência no atendimento à criança e jovem, razão pela qual foi pretensão complementar o percurso de aprendizagem com estes enfermeiros, na especificidade das suas experiências e dinâmica das suas intervenções. A missão do **SUP** integra-se na missão genérica do hospital de “promoção e prestação de serviços de saúde à população dos concelhos (...), assim como a qualquer cidadão em situação de emergência médica, com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual da organização, numa busca permanente do melhor”<sup>10</sup>.

O **SUP** dispõe de sala de triagem, sala de espera pós-triagem, sala de reanimação, dois gabinetes de observação médica, sala de tratamentos, sala de aerossóis, sala de subespera para as especialidades cirúrgicas e uma sala de internamento de curta duração com 3 camas. O serviço disponibiliza instalações novas, decoradas com motivos infantis, onde os seus profissionais utilizam fardamento colorido e atrativo. No entanto, tendo em conta que o espaço físico do serviço não é amplo, é apenas permitido a presença de um acompanhante da criança/jovem no SUP, inclusive na Sala de Observação (SO curta duração). A sala de triagem dispõe de dois postos de triagem que podem funcionar em simultâneo. A equipa de enfermagem é assegurada por dois elementos, que se distribuem pela triagem e pela sala de tratamentos e unidade de internamento de curta duração. O sistema de triagem utilizado é o de Manchester e os registos de enfermagem são informatizados, mediante linguagem CIPE, recorrendo a *software* informático Glinntt®.

---

<sup>10</sup> Hospital (2014). *Modelo Assistencial e Organizacional do Hospital*.

Foi de fundamental importância a escolha do atual contexto de trabalho, a que designamos, **NEO2**, vez que se pretendia mobilizar os conhecimentos e as competências desenvolvidas no cuidar do RN/pais/família, interligando os contributos adquiridos nos contextos anteriores, e intervir de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a esta população. A oportunidade de experienciar a prestação de cuidados neonatais em outra realidade profissional foi extremamente importante e gratificante para o percurso e crescimento profissional e académico. Pensamos que trouxe contributos importantes e fundamentais que posteriormente foram úteis para perspetivar estratégias de operacionalização que permitiram atingir os objetivos a que nos propusemos.

A **NEO2** é uma unidade de cuidados intermédios neonatologia que recebe crianças dos 0 aos 28 dias, provenientes do bloco de partos, serviço de obstetrícia, internamento de pediatria, consulta externa ou de outras instituições de saúde<sup>11</sup>. A unidade beneficia de instalações novas, com uma equipa de saúde experiente em cuidados ao RN doente e/ou com necessidades especiais. Tem como missão “oferecer a todos os bebés desde o nascimento até aos 29 dias de vida cuidados de qualidade, visando segurança, conforto em todos os procedimentos, o ensino/orientação dos pais para uma rápida reintegração familiar, valorizando sempre a comunicação e relações interpessoais humanizadas”<sup>12</sup>.

O espaço físico da **NEO2** apresenta-se como um *openspace*, dispondo de áreas distintas, uma área para incubadoras, uma área para berços, um posto de trabalho de enfermagem e uma sala de apoio ao aleitamento. A lotação é de 9 vagas, sendo quatro incubadoras e cinco berços, embora essa lotação seja alargada sempre que se justifique. A unidade apresenta pouca luz natural (com 4 pequenas janelas demasiado altas que permitem pouca visualização para o exterior) e sem arejamento natural (ambiente exclusivamente controlado por ar condicionado, sendo que as janelas são fixas, não sendo possível a sua abertura). O espaço está decorado com 3 apontamentos coloridos com desenhos infantis (balões, sol e nuvens), no entanto, tratando-se de um espaço tipicamente de unidade, onde abundam materiais e equipamentos tecnológicos e prevalecendo uma decoração predominantemente em branco, penso que este se releva maioritariamente intimidador para os pais e familiares. Os profissionais (enfermeiros e médicos) estão fardados com fardas coloridas com motivos infantis, numa tentativa de

---

<sup>11</sup>Hospital. (2014). *Regulamento Serviço de Pediatria*.

<sup>12</sup> Hospital. (s.d.). Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido. (Folheto informativo).

aproximação à realidade da criança. O serviço disponibiliza uma sala de estar anexa à unidade com sofás, televisão e casa de banho para os pais, familiares e visitas.

À semelhança da realidade descrita na **NEO1**, também na **NEO2** os pais não são considerados visitas, nesse sentido, nas situações em que a mãe ainda está internada na maternidade, poderá deslocar-se à unidade sempre que deseje. Nas situações em que a mãe já teve alta, o acompanhamento dos pais está previsto no período das 9h às 22 h. Na impossibilidade absoluta do acompanhamento ser feito pelos pais, o bebé poderá ser acompanhado, por uma pessoa significativa. Está previsto um período diário de 1 hora para visitas destinadas a familiares e amigos na unidade, sendo permitidos 2 visitantes por cada criança por dia<sup>13</sup>.

A equipa de enfermagem é composta por dois elementos por turno, sendo que um deles assume as funções de responsável de turno. O método de trabalho é o de enfermeiro responsável. Os registos informáticos são realizados informaticamente mediante utilização do dispositivo informático Glintt®, utilizando-se a linguagem CIPE.É filosofia da equipa a promoção do aleitamento materno e o envolvimento precoce dos pais nos cuidados, sempre que estes o desejem e que se sintam preparados.

De realçar que, o tempo definido em todo o percurso formativo é mais extenso em contexto de neonatologia, uma vez que é a área onde pretendemos atingir mais objetivos e o mais diretamente relacionado com a problemática identificada.

Importa ainda referir que os contextos de estágio **Internamento de Pediatria, SUP e NEO2** pertencem à mesma instituição hospitalar, sendo esta acreditada pela *Joint Commission International (JCI)*. O hospital assenta numa política referencial cujos princípios orientadores da prática de enfermagem devem ser suportados por uma visão potenciadora de um atendimento holístico da Pessoa. Neste sentido, a área assistencial de enfermagem assumiu como missão a “promoção e prestação de cuidados de enfermagem com os mais elevados níveis de conhecimento, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual da organização, numa busca permanente pelo melhor”. Assim, espera-se que o desempenho profissional dos enfermeiros seja centrado na relação terapêutica caracterizada pela parceria estabelecida com o utente, família ou pessoa significativa, no respeito pelas suas capacidades, privilegiando o projeto de saúde que cada pessoa vive e persegue, com vista a prevenir a

---

<sup>13</sup>Hospital (2014). *Regulamento Visitas e Acompanhantes de Utentes*.

doença e promover os processos de readaptação após a doença, promovendo a máxima independência<sup>14</sup>.

### **3. Considerações finais**

Consideramos que a experiência proporcionada pela realização de estágios nos locais apresentados, a par com a reflexão e análise de situações concretas de cuidados com os enfermeiros de referência dos referidos contextos foram fundamentais no nosso processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências.

---

<sup>14</sup>Hospital (2014). Política – Referencial para a Área Assistencial de Enfermagem.

**Apêndice IV**  
Entrevista a perito

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIDADE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

# Entrevista a Perito sobre transição para a parentalidade em contexto de neonatologia

Docente Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Discente: Irina Barros, nº 5468

Lisboa, 2015

## **1. Enquadramento e justificação da atividade**

O presente documento visa documentar o resultado da entrevista realizada à professora da ESEL Sónia Colaço, doutoranda em Enfermagem, a desenvolver uma tese sobre a temática da parentalidade e prematuridade, muito relacionada com os contextos de neonatologia e onde anteriormente já exerceu a sua prática profissional como enfermeira.

## **2. Planeamento**

Para a realização da entrevista foi contactado o perito via *email* institucional da ESEL, assim como foi validado com a professora orientadora o guião orientador da entrevista, que se seguida se apresenta.

### Guião orientador de entrevista a perito

Na sua perspetiva e à luz dos seus estudos, poderia falar-me sobre:

- Parentalidade e transição para a parentalidade
- Desafios e dificuldades atuais dos casais na transição para a parentalidade e/ou na vivência da parentalidade
- Pertinência da investigação/evidência científica que cruzem as áreas da enfermagem e da parentalidade
- Dificuldades acrescidas identificadas face à transição para a parentalidade em contextos de neonatologia
- Importância da intervenção do enfermeiro como promotor da parentalidade
- Apoio educacional e emocional que pode ser desenvolvido com estes pais

## **3. Execução**

A entrevista decorreu nas instalações da ESEL, pólo Calouste Gulbenkian, a 3 de Fevereiro e teve uma duração de cerca de uma hora e meia. Antes do início da entrevista foram apresentados ao perito os objetivos definidos para o estágio e dadas a conhecer as particularidades e características do contexto profissional, local onde se planeou implementar as intervenções (NEO2). Foram explicitados ainda os motivos que estiveram por detrás da escolha da temática. O guião da entrevista foi utilizado

pontualmente para focar alguns aspetos pretendidos, tendo-se apresentado como um recurso organizador.

#### 4. Síntese da Entrevista

Após a transcrição na íntegra da entrevista e sua respetiva análise reflexiva, foi possível identificar tópicos de interesse na mesma. Neste sentido, apresentamos de seguida o resultado obtido, dando destaque aos principais tópicos identificados, seguidos da transcrição parcial da entrevista e de uma síntese do referido pelo perito em cada um dos tópicos.

##### Parentalidade e transição para a parentalidade

“A parentalidade em si é uma das transições mais importante da vida adulta ... nós podemos ficar órfãos mas nem sequer existe uma palavra que descreva o que é um pai ficar sem filho, não há um termo, porque não se deixa de ser ... porque quando nós passamos a ser pais, **há uma mudança que se diz que é interna e que está relacionada com o *Self***, ou seja, há uma mudança da minha própria personalidade para eu integrar esse papel e portanto, quando perdemos um filho há aí uma transformação que nunca se perde, **uma aprendizagem e uma aquisição que nunca se perde**, que é de tal forma forte, que fica vincada na nossa personalidade...”

“... o processo de se tornar mãe é um processo que começa durante a gravidez ... quando a mãe começa a prestar os cuidados ao bebé e **necessita do reforço dos outros** e dela apropriada até ganhar confiança para ela própria tomar as suas decisões, há um período em que ela se vai tornando competente com aquilo que vai aprendendo, o que sabe fazer e põe em prática mas com o feedback que os outros lhe dão também, se nós transpusermos isto para a neonatologia conseguimos compreender que há aqui uma dimensão muito importante que é **os pais aprenderem através daquilo que vêem fazer e do espelho que nós lhes devolvemos**, muita da confiança que eles adquirem ... porque é importante que eles saiam do serviço de neonatologia com confiança no que sabem fazer e nas decisões que sabem tomar ... passa um bocadinho por desenvolver

isto mas a autora (referindo-se a Mercer) também diz que existe uma fase em que os pais necessitam de conhecer o bebê ...”.

A parentalidade é descrita como uma mudança interna no indivíduo relacionada com aprendizagens e aquisições permanentes, ressaltando a importância do *feedback* positivo dos enfermeiros face às competências parentais, para a promoção da sua segurança, fundamental para a tomada futura de decisões, relacionando com a primeira fase da teoria de consecução de papel maternal de Mercer.

### **Desafios e dificuldades atuais dos casais na transição para a parentalidade**

“ **muita falta de suporte, suporte quer familiar, quer profissional**, tenho uns pais que são diferenciados muito engraçados e numa entrevista eu pergunto se eles querem acrescentar alguma coisa e eles dizem uma coisa que para mim foi claro como a água e isto foi referido por vários pais, dizem só quero dizer uma coisa “nós tivemos um mês e tal internados e tivemos lá e aprendemos tudo, aprendemos a fazer tudo e vivemos para casa com ...preparados, sentíamos-nos preparados para vir para casa, vínhamos com medo mas vínhamos preparados, já tínhamos experimentado” e ... agora eu imagino os pais que saem com 3 dias da maternidade, as dúvidas que eles têm, o sofrimento que estes pais têm quando são coisas tão simples que podem ser ensinadas e eles falavam muito da **necessidade quer da preparação**, porque estes pais tinham feito preparação para o parto, há pais que não querem e acham que não precisam porque é feito durante a gravidez e não sentem nenhuma necessidade, mas a maior parte deles não chega a fazer ou já tinham pensado e depois interrompem mas não sentem necessidade pelo apoio que têm na neonatologia, poucos foram os que me disseram que gostavam de ter feito e houve uns até que me disseram que fizeram mas que fosse agora que nem faziam e houve uma mãe que fez muito cedo e disse que houve coisas muito importantes que lhe ensinaram lá, os outros ou foram interrompidos ou ... mas também não demonstravam muita pena de não terem feito, porque o que lhes faz falta é depois de o bebé nascer alguém que lhes dê esse apoio...”.

“ ... sobretudo **os pais estão sozinhos, as famílias são pequenas, não conseguem aprender com os avós**, depois eles também precisam de confiar na pessoa a quem vão pedir informação mesmo dentro da família e dos amigos e muitas vezes eles adquirem esta informação comparando o que aconteceu com outros e como é que as pessoas responderam e não adquirem estes conhecimentos, adquirem-nos de uma forma informal, muitas vezes com as avós ... os pais da neonatologia são muito interessantes porque eles são muito bem capazes de fazer ali uma triagem da informação e há uma mãe que me diz eu uso aquilo que me é útil e há alguns conselhos que até são úteis e os outros faço de conta que nem oiço ... toda a gente tem opinião e toda a gente diz coisas...”.

Destaca-se a falta de suporte familiar, ressaltando a existência de famílias cada vez menos alargadas, e a falta de suporte profissional, no que diz respeito ao apoio prestado pelos enfermeiros, nomeadamente após o nascimento do bebé, ajudando os pais a sentirem-se preparados para cuidar do seu bebé, conhecendo-o.

### **Dificuldades acrescidas identificada face à transição para a parentalidade em contextos de neonatologia**

“Há uma mãe que me diz que primeiro precisa de **aceitar o bebé** e eu acho que passa muito por aí, todos eles mesmo sem ser um processo consciente, precisam de aceitar aquele bebé porque para já é um **momento de separação**, isso é vincado em todos os pais, a questão da separação, a **incubadora como uma barreira**, eles sentem-se pais quando o bebé passa para berço ou seja a partir do momento que ele passa para o berço, ele já é do seu domínio, até lá ele é do domínio dos enfermeiros e dos técnicos ... a separação, as barreiras, o choque, é um **turbilhão de informação e de emoções** ... o choque, o estar assustado, o medo de perder o bebé, o medo de tocar, o medo de tocar porque têm medo de fazer mal ... não é medo de tocar por repulsa, é medo de tocar poder prejudicar o bebé ... nenhum diz que se sentem incapaz, curiosamente, nem demonstram, que eu achei que haveria algum que haveria de referir, a questão da impotência, não, aquilo que se percebe é um sentimento muito grande de tentar aceitar aquele bebé, de conhecer aquele bebé, a impotência pode ser demonstrada na incapacidade de proteger o bebé, portanto eles têm muito a **necessidade de proteger o**

**bebé**, eles falam muito nisso e o fato de não controlarem aquilo que se passa com o bebé, eles não conseguem ...mas sente-se que há ali uma necessidade muito grande de assumir o papel e proteger aquele bebé e portanto eles estão lá também e legitimamente a vigiar tudo o que é feito e a tomar conta daquilo que é feito ao bebé ...a relação de confiança não é com toda a gente, é com pessoas específicas que conquistaram a sua confiança ... mas tenho pais que referem que apesar de confiarem naquilo que os profissionais lhes dizem e percebe-se que têm, eles só descansam quando chegam à unidade e vêm com os próprios olhos... isto há aqui uma necessidade de controlar, que lhes é tirada ...as rotinas deles mudam completamente a partir do momento em que o bebé está internado e vai para casa...”.

“ ... os pais nunca dizem diretamente que sentem que os bebés são mais dos profissionais do que deles próprios, dizem nas entrelinhas, como aquela situação da mãe do canguru ... os pais verbalizaram que **toda a gente tocava, toda a gente mudava a fralda, toda a gente fazia tudo** ... e que eles estiveram duas semanas sem que ninguém lhes dissesse que eles podiam fazer alguma coisa, e o podemos aqui diz tudo... verbalizou nunca me disseram que podia tocar, depois não explicaram como, tinham um tempo limitado ... muitos dizem não diretamente mas nestas formas de se perceber que **eles não têm o controlo e isso é sentir que os bebé são dos profissionais**, eu acho que eles nunca dizem que sentem que os bebés são mais dos profissionais porque há uma questão de vinculação aqui, que ao contrário daquilo que parece, por esta separação, eu acho que o risco que existe para a vinculação é o mesmo que existe para os outros bebés ...”.

A perita ressaltou a necessidade de os pais aceitarem o bebé, a separação física entre ambos, muito potenciada pela barreira da incubadora, conduzindo-os à vivência de um turbilhão de emoções, acrescido pelo volume de informações a que estes são submetidos por parte da equipa de saúde. Ressalva ainda a necessidade dos pais protegerem o bebé como veículo para assumirem o seu papel de pais e o sentimento de falta de controlo face à situação, sentindo o bebé como pertencendo mais à equipa.

## Bebé Real vs. Bebé Imaginário

“... o **bebé é um estranho para os pais**, muito mais um bebé perante um acontecimento que é inesperado, que os pais estão confusos, estão a tentar compreender aquilo que se está a passar ... aquele bebé é um perfeito estranho para aqueles pais, ainda para mais porque **é diferente** de todos os bebés que eles já viram ou a maior parte deles, até porque depois aquela imagem não corresponde muito bem àquela imagem do bebé que eles tinham idealizado ...**é um bebé magrinho, é um bebé pouco responsivo, que interage muito pouco ...**”.

Destaca o impacto do bebé real face ao bebé que os pais idealizaram no decorrer da gravidez, nomeadamente face às características de um bebé prematuro, que fisicamente é menos atrativo e menos disponível para a interação com os pais.

## Vinculação e prematuridade

“... a prematuridade em si própria, não me parece, naquilo que eu tenho, posso estar a dizer uma coisa que é discutível e muito controversa, aquilo que me parece é que **a prematuridade muitas vezes até reforça a vinculação dos pais em relação àquele bebé** que é mais frágil e que eles têm mais necessidade de o proteger e que aquilo que condiciona as alterações da vinculação são as mesmas que existe num bebé de termo, ou seja, são as condições culturais, são as questões de não querer aquele bebé, são as questões socioeconómicas, são questões da monoparentalidade, que são transversais ... **a prematuridade por si própria não me surge como um entrave**, porque os pais querem muito conhecer aquele bebé, perceber o que é que ele é capaz de fazer, muitas vezes até lhe atribuem coisas que ele não é capaz de fazer ...e às vezes precisamos de fazer o papel de traduzir aquilo que é o comportamento do bebé... os pais de bebé prematuros atribuem características ao bebé que muitas vezes eles ainda não têm e isso faz parte, fazem isso de forma inconsciente para se vincularem, e há autores que descrevem isso ...ou porque ele é parecido, ou porque ele faz isto e portanto isto é natural daquele processo de parentalidade mas **é preciso ajustar estas características, estas atribuições e esta imagem que os pais constroem do bebé àquilo que é o bebé**

**real**, porque aqui estamos perante um bebé que tem necessidades especiais e em que eles precisam de os conhecer muito bem aquilo que ele é capaz de fazer e aquilo que são as limitações deste bebé, porque é um bebé que tem pouca tolerância ao estímulo, é um bebé que se cansa muito facilmente, é um bebé que não tem um reflexo na maior parte das vezes de sucção bem desenvolvido, são bebés que têm frequentemente refluxo e que os pais não conseguem ver o refluxo às vezes como algo que eles têm de lidar, depois porque estes são os problemas que acontecem ...depois um dos medos muito grandes que os pais têm quando eles vão para casa é que eles deixem de respirar, depois alguns já não têm refluxo mas vomitam pela boca, pelo nariz e por todo lado e os pais ficam num pânico completo e não são só os leigos, os profissionais de saúde também e às vezes acontecem coisas complicadas, nós às vezes achamos quando temos um colega ou um colega com um bebé internado e que achamos que eles já sabem tudo e acabamos por negligenciar, ao passo que os pais os saturamos com informação, estes deixamo-los um bocadinho ao abandono por insegurança nossa ou ...”.

A prematuridade não surge como um obstáculo à vinculação, podendo até reforçá-la uma vez que os pais têm uma grande necessidade de proteger aquele bebé. Considera que os fatores que podem comprometer a vinculação são transversais a qualquer tipo de nascimento, seja ele prematuro ou não.

### **Conhecimentos parentais sobre o bebé**

“ os pais preocupam-se todos com o desenvolvimento mas aquilo que eu tenho observado, no grupo que eu tenho e só posso falar pelo grupo que eu tenho, todos eles têm muito **poucos conhecimentos sobre desenvolvimento do bebé**, sabem muito pouco sobre o que é um bebé prematuro, sobre o que um bebé prematuro é capaz de fazer, que reflexos é que já tem presentes, porque é que ele chora, como é que chora, porque é que ele chora pouco, quais são os sinais quando o bebé tem fome ...os pais sabem pouco disto, e às vezes a competência e a capacidade de tomar decisão em relação a um bebé faz parte deste conhecimento ...Tenho muito pouco pais e estou a falar de muitos pais diferenciados, que sabem muito pouco sobre quais os **sinais de stress do bebé pré termo**, que dizem agora tem de parar, agora posso brincar, agora

está disposto a aprender, não sabem, têm muita dificuldade ... o conhecimento do bebê, aquilo a que eu estou a chegar à conclusão nos meus resultados, daquilo que eu tenho analisado até agora, é que o conhecimento do bebê é básico, é um nível básico para os pais poderem partir para um outro tipo de conhecimentos e capacidade, aliás **toda a aprendizagem é condicionada por aquilo que o bebê é capaz de fazer**, ou seja, se o bebê está na incubadora e está ventilado, o bebê não é capaz de fazer nada, o que o bebê precisa são de cuidados básicos que os pais não são capazes de prestar mas tudo o que eles possam fazer é muito importante para eles ... o tocar, o mudar a primeira fralda, até o dar o comer por sonda, eles lembram-se da primeira vez que o fizeram ... a seguir o bebê passa a comer...”.

“**Os pais da neonatologia aprendem, eles são competentíssimos**, são completamente diferentes dos outros pais ... as colegas do centro de saúde dizem ah eles quando vêm da neonatologia fico descansadíssima porque eles sabem tudo...eles sabem mudar uma fralda, dar leite isso tudo ... o que eles não sabem fazer é quando o bebê fica doente, quando precisam de tomar decisões em relação à alimentação e como é que hão-de agir e função do desenvolvimento do bebê e daquilo que o bebê é capaz de fazer para conseguirem promover o máximo das capacidades do bebê, levar aquele bebê ao máximo do seu desenvolvimento e essa é uma função dos pais também ... se calhar na saída (da unidade) seriam estes os aspetos que eu focaria mais, por exemplo há muitos pais que não sabem quanto é que o bebê tem de aumentar por semana e depois super ansiosos se o bebê numa semana tem estado a engordar 300 gr. e na semana seguinte já só engorda 250 gr. e se mudaram alguma coisa aquilo já é uma tragédia e depois há outros pais que estão descansadíssimos porque o bebê deixou de mamar, perdeu peso e pronto e estão na maior porque não lhe apetece ou porque está calor e como está calor ele tem menos fome...”.

“**E os pais às vezes não têm consciência de que não sabem**, é impressionante o número de pessoas que não sabe sobre síndrome de morte súbita, é impressionante os pais que ainda acham que se pode por o bebê de lado...”.

“A maior parte dos pais sabe muito pouco sobre sinais de alarme, não sei se é pelo fato de o bebê ser frágil, ser pequenino e eles terem alguma dificuldade de lidar com isso e de alguma maneira protelam um bocadinho essa informação relacionada com a doença e não fazem muita questão de saber, parece-me a mim e de alguma forma não querem

pensar muito naquilo e nós também não chamamos muito à atenção porque a maior parte dos pais não sabem... inclusive a temperatura normal para um bebê, não sabem as características nem o padrão de eliminação normal do bebê, mesmo estes que tiveram internados na neonatologia, não sabem quais são os sinais de dificuldade respiratória e em que circunstâncias hão-de recorrer à urgência e que recursos é que podem mobilizar...quando eu faço estas perguntas, é onde eu identifico maiores falhas de conhecimento é na área sobretudo de como resolver pequenos problemas ... o vomitar, o regurgitar, o lidar com a febre, por incrível que parece até a própria gestão do regime terapêutico é insuficiente, a maior parte dos pais limita-se a saber dar as gotinhas, porque eles saem de lá muitas vezes com as vitaminas, mas não sabe para que é que aquilo serve, nem os efeitos secundários daquilo ... muitas vezes vão vacinar os bebês e vêm de lá com bennuron e quando eu pergunto e qual é a dose que lhe vai fazer respondem “ah não sei, espere ai tenho de ir buscar a caixinha” para verem qual é a dose ... e quando questionados mas é essa a dose indicada para o bebê? O que é que lhe explicaram? Respondem “não então foram estes que disseram para eu dar, são estes que eu dou” ... “.

“... outro dos problemas que eles têm relativamente à prematuridade é tomar decisões relativamente à alimentação do bebê, eles são perseguidos com a questão do peso do bebê e do aumento do peso e há pais que já estão em casa que os bebês estão a aumentar bem e os pediatras continuam a dizer que eles têm de lhes comer de três em três horas, já nem os miúdos querem acordar a meio da noite, depois acordam os miúdos e os miúdos não mamam, os pais andam estoirados .... **não conseguem tomar decisões porque não estão também preparados para isso**, são questões básicas relacionadas com a alimentação, de com lidar com estes pequenos problemas de saúde e a informação sobre a medicação então é um desastre, não sabem nada sobre terapêutica, a maior parte deles não sabe, sabem muito pouco ... eu uma vez na consulta tive uns pais que tiveram quase um mês a dar bennuron ao bebê, medicaram mas não disseram quanto tempo é que deviam dar e quando é que deviam parar...”.

Destaca a competência e os conhecimentos dos pais após um internamento em neonatologia, principalmente, no que diz respeito ao cuidar do bebê, no entanto, ressalva a dificuldade na tomada de decisões e a escassez de conhecimentos em algumas áreas (desenvolvimento do bebê, sinais de stress do RN prematuro, sinais de doença e de alarme no RN, síndrome de morte súbita do lactente e gestão do regime terapêutico) que dificultam a tomada de decisão por parte dos pais.

## Necessidades dos pais vs. necessidades dos enfermeiros

“ ...muitas vezes os enfermeiros dizem, nós dizemos, mas **os pais querem saber outras coisas, não querem saber aquilo que nós lhes estamos a dizer** ...o interesse deles está no bebé e naquilo que é necessário ao bebé e naquilo que eles podem fazer enquanto pais....”.

“O que é que no fundo, nós enfermeiros, podemos trabalhar naquele período?, que é de vulnerabilidade mas que também é uma janela de oportunidade para ensinar os pais, porque eles estão ávidos de informação, eles querem aprender, o que é diferente é que às vezes eles não querem aprender aquilo que nós lhes queremos ensinar ou no nosso ritmo ...mas eu diria que a maior parte das vezes eles não querem aprender aquilo que nós queremos ensinar ...até porque é preciso aprender a ler ... também e a **criar um clima de abertura** para os pais nos poderem dizer o que pensam sobre determinados assuntos e a parentalidade é acima de tudo um papel social e não nos podemos descolar daí e, sendo um papel social ele é aprendido com as nossas famílias, os nossos pais, os nossos amigos, com aquilo que vemos fazer, até porque muitos pais (há bocado estávamos a falar na experiência) consideram que têm muita experiência por terem cuidado dos sobrinhos, dos filhos dos amigos, dos vizinhos ...e que não precisam de aprender a ser pais e portanto há coisas que eles já sabem e que eles acham que sabem ... e eu acho que é aqui também que fazemos um bocadinho a diferença, porque muitas vezes os pais, **eles próprios não conseguem identificar aquilo que são as suas necessidades de aprendizagem** e só vão conseguindo identificar à medida que vão falando sobre certos assuntos, que nós vamos perguntando e que eles vão conversando sobre ...porque se eu não sei sobre uma coisa eu não sinto necessidade de perguntar sobre ela, nem sinto necessidade de a aprender ... No outro dia (durante a realização de uma entrevista para o seu estudo) dizia eu a uma mãe: “ desculpe lá a esta altura já deve estar um bocadinho aborrecida e cansada”, porque as entrevistas são um bocadinho longas e pergunto sobre muitos assuntos, e ela responde-me assim “não, não, sabe porquê? Porque só a falar destas coisas todas é que eu me apercebi agora da quantidade de coisas que eu não sei...”.

(Quando questionada em relação ao instrumento desenvolvido para se identificar as necessidades de aprendizagem dos pais) “...vai descobrir que **num momento os pais sentem que necessitam de uma coisa e quando vão embora já sentem que necessitam de outras...** porque isto é um processo contínuo que se desenvolve a partir daquilo que são as necessidades do bebé e à medida que eles vão descobrindo outras coisas no bebé, as necessidades vão-se modificando, portanto, o nosso ponto de partida tem de ser sempre aquilo que é o bebé ... o que não invalida que tenha um conjunto de conhecimentos e de capacidades que sejam, eu diria o pacote daquele momento e pacote que eu considero imprescindível aqui (regresso a casa) mas para eu ter uma ação de suporte de aprendizagem, de competência parental eu tenho de ter essa dimensão baseada nas necessidades do bebé e naquilo que os pais querem aprender em função do bebé...mas esse instrumento faz-me sentido, faz-me todo o sentido...”.

Destaca o período do internamento como uma janela de oportunidades em que os pais querem e estão disponíveis para aprender, no entanto, as necessidades de aprendizagem dos pais por vezes não coincidem com as necessidades de aprendizagem identificadas pelos enfermeiros, uma vez que os primeiros estão centrados no bebé e naquilo que podem fazer enquanto pais. Considera positivo a existência de instrumentos que permitam perceber as necessidades de aprendizagem dos pais, no entanto, considera que estas se vão alterando à medida que estes vão descobrindo o bebé, num processo contínuo.

### **Fontes de informação parental durante o internamento**

“ ... os pais aprendem imenso com os **enfermeiros** e aprendem imenso com os enfermeiros e aprendem imenso com **os outros pais**...há pais que me dizem “ah como eu ainda não estava nessa fase, ia ouvindo”, eles ouvem aquilo que lhes dizem a eles e ouvem aquilo que dizem aos outros e aprendem com isso também ... porque eles querem aprender ... porque eles estão numa **fase muito intensa de aprendizagem**, eles precisam de aprender e tudo o que se passa à volta deles são fontes de informação, até porque **a fonte de informação privilegiada enquanto os bebés estão internados**, ao contrário daquilo que nós pensamos, ou que eu pensava, **são os profissionais de saúde**, há pais que se recusam e limitam até a procura de informação para se defenderem, para

gerirem, porque aquilo é tão intenso, é tanta informação que eles preferem não saber e confiam e quando depositam confiança nos profissionais, eles preferem cingir-se àquela informação... eu tenho pais que perguntei então nunca foi à **internet** ou a um **livro** pesquisar? E que me responderam, não, eu preferi não saber, foi por opção que preferi não saber. O que eu estou a dizer são exemplos, não são generalidades mas são exemplos que nos ajudam a perceber que nem sempre as coisas acontecem da forma que nós achamos que elas acontecem ...e nós achamos que estando a internet ali à mão, a primeira coisa que eu faria era ir à procura na internet e não, há pais que acham que não ...até porque **a internet dá uma informação que é geral, não fala do seu bebé, das suas necessidades e daquilo que eles querem conhecer do seu bebé e portanto quem dá essa informação é o médico e o enfermeiro**, são as duas fontes preferenciais e os enfermeiros então são extraordinariamente marcantes na aprendizagem dos pais, **eles aprendem tudo connosco e aprendem a ver, a ouvir aquilo que nos lhes dizemos e são altamente críticos**, porque conseguem distinguir quando uma informação é contraditória, quando uns fazem de uma maneira e outros fazem de outra, conseguem perceber e seleccionar aquilo que é a informação importante para eles e alguma eles não conseguem reter...e verbalizam aquilo que me disse à bocado era tão importante mas eu já não me consigo lembrar, pode repetir...”.

A fonte privilegiada de informação parental durante o internamento é os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, mas também os outros pais. Na amostra de pais que entrevistou constatou que os pais são resistentes à procura de informação na internet e em livros, uma vez que a informação que obtêm é geral e não adaptada às características do seu bebé.

### **Recursos/métodos escritos de educação para a saúde**

(Sobre a existência de um livro de aconselhamento aos pais que resumisse a informação transmitida) “... útil para reunir tanta informação que é transmitida aos pais e para **uniformizar** a forma como essa informação é transmitida, por outro lado, também serve como uma **base inicial** para os pais lerem e levantarem questões, e estou a chegar a estas conclusões no meu estudo, **é uma base de comunicação**, ou seja, um ponto de partida para eles conseguirem **identificar as suas necessidades de aprendizagem** a

partir de um instrumento que lhes era dado, ou seja, eles ao lerem aquilo vão ter dúvidas, vão perceber o que é que precisam de saber mais, o que é que eu já sei, sem ser eu (enfermeiro) a identificá-las ... e representa um recurso para os pais **consultarem após a alta** quando têm alguma dúvida...”.

Os recursos escritos são importantes pois suportam e uniformizam as orientações e ensinamentos fornecidos a estes pais, contribuindo para que os mesmos identifiquem as suas necessidades de aprendizagem, funcionando também como importantes recursos para consulta pós a casa.

### **Importância do método canguru**

“ ... tive uma mãe que me disse aquela primeira semana foi horrível, horrorosa enfermeira, nunca me disseram que eu podia tocar no bebé, ora eu não queria perturbar, eu não sabia se estava a fazer mal, depois disseram-me que podia fazer canguru, quando me disseram eu disse ok, **eu nem sabia se o bebé sabia que eu era a mãe dela e quando houve uma enfermeira que me disse se eu queria fazer canguru eu pensei espera lá, ela não anda a fazer isto com mais ninguém, só faz comigo ... aqui uma questão de centralidade, importante ...** portanto ela agora vai saber que eu sou a mãe dela e engraçado que isto é dito à mãe que ela pode fazer e ela estava muito presente com o pai o tempo todo e eles tinham tanto tempo e ninguém lhes explicou que o canguru era um método que podia ser contínuo, então eles tinham tanto medo, queriam os dois pegar e faziam à vez, uma hora um, uma hora outro, e os enfermeiros levaram o tempo todo a diagnosticar medo de tocar a estes pais, até que a mãe percebeu e diz assim “esperem aí, nós não temos medo nenhum de tocar, nunca ninguém nos perguntou se tínhamos medo de tocar, eu tenho tanto medo de tocar nela agora como tenho medo de tocar daqui a ... não tenho medo de tocar, **eu tenho é medo de fazer mal** ou de estar a perturbar o vosso trabalho e se ninguém me diz eu não sei ... ora veja-se a importância das intervenções e atitudes dos enfermeiros para a assunção do papel de mãe, ajudando as mães a sentirem-se mais seguras...”.

Relato de um episódio que ressalva a importância da implementação do método canguru para o sentimento do reconhecimento do papel de mãe. Aborda a questão do medo do toque ao RN prematuro por medo de o prejudicar, destacando a importância das intervenções dos enfermeiros para a assunção do papel de pais, ajudando-os a sentirem-se mais seguros.

### Álbum do bebê

“ eu tenho pais que não quiseram escrever, eu tinha na minha colheita de dados pensado isso (referindo-se à utilização do álbum como recurso), em entrevistar os pais e para não ser muito invasiva vou pedir que eles me façam um relato, eu nem queria que eles fizessem um relato dos sentimentos, queria que eles fizessem um relato sobre o dia-a-dia, o que é que eu aprendi hoje e assim ... para eu poder fazer um mapeamento destas aprendizagens e determinar aqui quais eram os momentos mais adequados...Quando é que nós devemos dizer sobre as regras do serviço? E quando é que devemos dizer sobre as competências? Logo a seguir a entrarem?... Quando é que eles precisam da informação? E estava a pensar isso e pensei bem, vou dar um diário, fiz um caderninhos lindíssimos com um sítio para por a fotografia do bebê, achei que iam participar e nenhum quis ... **eles ficam de tal maneira absortos nas tarefas, naquilo que têm de fazer, no bebê, que eles consideram que não têm tempo**, eu acho e é a minha percepção e posso estar errada, eu acho que eles gastam uma energia tal na concentração no bebê que não lhes sobra espaço para gerirem mais nada naquilo período, o estar-lhes a pedir para fazer aquele registo é uma atividade extra, desnecessária e portanto alguns dizem que pode ser útil ali na altura, mas são registos mais centrados nas emoções, naquilo que eles sentiam, não usam os registos a partir do momento em que começam a fazer coisas ao bebê e se sentem mais pais, isso perde-se, isso perde importância, pelo menos essa foi a percepção que eu tive. A utilização do álbum tem a ver com os pais e como gerem situação, acho **que é um instrumento interessante, para mim como colheita de dados, não funcionou** ... principalmente numa fase em que o bebê está mais instável”.

Relativamente ao álbum do bebê considera-o útil e interessante embora não tenha resultado no seu estudo como instrumento de colheita de dados. Justifica a não adesão dos pais ao mesmo pelo fato de se centrarem unicamente no bebê e nas atividades que o cuidar do RN implica.

## Enfermeiros como modelos de aprendizagem parental

“... é impressionante o número de pais que aprendem coisas erradas a ver os enfermeiros fazerem ... **os pais aprendem a ver-nos**, eles estão numa fase, e isso eu não tenho dúvidas, está claro ... numa fase em que eles não tocam no bebé, em que não fazem muitas coisas, **a atividade preferencial deles é de observação**, e é uma **observação de aprendizagem** ou seja eles vêm fazer e aprendem ... às vezes eu nem tenho a perceção que estou a instruir mas eles estão a ver-me e questionam-se, questionam-se porque é que eu faço desta maneira e a outra faz de outra, porque é que me disseram isto e agora estão-me a dizer isto e portanto é diferente, e porque é que não me dão uma informação objetiva porque isto fica difícil para mim, porque se me dissessem assim “faça assim” eu faço assim, porque numa primeira fase quando os pais não conseguem ainda também tomar decisões, os pais optam por fazer aquilo que lhes dizem ... eles só começam a tornar-se rebeldes (risos) quando vão para casa e quando se sentem confiantes e mais seguros ...então como é que eu trabalho isto? Como é que eu trabalho isto dentro de uma equipa? Para eu perceber que eu sou o modelo daqueles pais? E que se eu pego assim no bebé (exemplifica) ...a mãe vai aprender a pegar assim no bebé e se eu não coloco na minha cabeça que a posição para prevenir o síndrome de morte súbita é em decúbito dorsal e digo à mãe que tanto faz que pode colocar de lado, a mãe vai achar que tanto pode colocar de lado como não ...há uma série de coisas que tem de se trabalhar, nós somos modelos...”.

Os enfermeiros são os modelos de aprendizagem preferencial dos pais durante o internamento, sendo que a atividade preferencial dos pais é a observação de aprendizagem, tornando-se fundamental que os enfermeiros tenham essa consciência na prática de cuidados.

## Intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade

“ ...temos de ter consciência de que os pais estão a absorver uma quantidade de informação que nós lhes damos ... a maior parte dos pais são incapazes de reter o **volume de informação** que nós lhes damos, então como é que nós podemos contornar isto? Como é que essa informação é dada? O que é que dizemos aos pais quando o bebé

nasce? O que é que dizemos quando o bebé está a ficar autónomo? O que é que dizemos quando o bebé vai para casa? Como é que nós fazemos isto? Como é que nós avaliamos? Acho que por aqui temos algum caminho a fazer ...”.

“ ... Sobretudo no **apoio e na informação** mas uma informação **centrada no bebé**, nas **competências do bebé e nas necessidades do bebé** e no que os pais necessariamente querem saber...os pais não precisam de um pacote de informação e nós queremos-lhes dar um pacote de informação, temos aquilo feito já assim aos pacotinhos e distribuímos mas eles não querem... no entanto acho que é importante criar vários recursos, eu neste momento se tivesse que criar um programa de intervenção ...não me centraria só na **transmissão oral** da informação, acho que era importante **fazer um diagnóstico** coreto daquilo que os pais querem saber, partir do que os pais precisam ou querem saber em determinada altura e criaria **recursos de suporte com informação escrita** com sites ...e há outra coisa que eu acho fundamental e que eu acho importante que era criar um local livre onde os pais possam recorrer para eles próprios coloquem perguntas e isso pode ser um **site integrado da unidade**, onde alguém se responsabilize por dinamizar e dar resposta”.

“... há aqui outro lado, os *touchpoints*, mostrar aquilo que o bebé já é capaz de fazer, é importante para os pais no seu processo de conhecimento do bebé...”.

“ Às vezes tinha noção que os pais respondiam mais às minhas questões se eu lhes colocasse questões concretas e não centradas na informação, por exemplo então se lhe acontecer isto como é que faz ...o questionar os pais desta forma em relação àquilo que eles sabem é mais eficaz do que eu estar a transmitir a informação, porque ao mesmo tempo eu fá-los pensar, fá-los antecipar o tipo de problemas que eles podem ter e ajuda-os a reter a informação, portanto temos que deixar de lado um bocadinho os métodos tradicionais do eu transmito o outro recebe, para partirmos para **outras formas de ensinar** os pais, centradas noutras formas de transmitir mais ligada à **educação de adultos** ... que é o que é que eu quero aprender? O que é que me interessa? Como é que eu mobilizo aquilo que eu já sei? ... às vezes os pais dizem eu não sei como é que isso se faz e eu perguntava então como é que fez com os outros filhos, ah já nem me lembrava pois é ... portanto há aqui outras formas que são muito mais eficazes...”.

Destaca a gestão da informação disponibilizada aos pais, devendo esta ser centrada no bebê. Ressalva a importância de um diagnóstico das necessidades de aprendizagem dos pais e a implementação de várias metodologias de ensino/orientação, como a transmissão oral de informação e o recurso a suportes escritos de informação. Considera que a metodologia de ensino deve estar ligada à educação de adultos. Mostrar aos pais as competências e potencialidades do seu bebê é fundamental nesta transição.

### **Valorização parental do papel do enfermeiro nos cuidados de saúde primários**

“... Curiosamente a maior parte deles refere, quando eu pergunto se ainda no internamento gostavam de ter um acompanhamento dos enfermeiros depois, eles referem que não, referem que não sentem falta, engraçado, por acaso eu não estava à espera e curiosamente **enquanto os enfermeiros são a maior fonte de informação e de segurança dos pais durante o internamento, após o internamento, passa a ser o pediatra** e portanto, quase todos optam por ter um pediatra privado que não tem enfermeiro e os que são seguidos **no centro de saúde as consultas não respondem às necessidades que eles têm em termos de informação** ... houve uma mãe que me disse, quando eu lhe perguntei, mas gostava de ter uma enfermeira depois de sair daqui (unidade) que lhe desse apoio e ela respondeu-me, se fosse sempre a mesma eu gostava porque ela vai sabendo as coisas do bebê e vai acompanhando, agora se é para ser uma vez uma outra vez outra, acho que não vale a pena .... os pais têm essa necessidade, não sei se eles a reconhecem... **a maior parte dos pais não reconhece aos enfermeiros o papel de apoio nos cuidados de saúde primários**... houve uma mãe que me disse, “as enfermeiras lá do meu centro de saúde não me explicam as coisas assim, elas pesam e medem os miúdos, depois dizem se engordou ou se não engordou e depois vão para a pediatra e é a pediatra às vezes que diz essas coisas ... **a pediatra nos centros de saúde é a referência, enquanto no hospital a referência é marcadamente dos enfermeiros**, nas neonatologias, no centro de saúde a referência é marcadamente do pediatra ...”.

“... Portanto a informação ... os pais estão muito pouco informados, não por falta de informação ou que a informação não esteja disponível em termos de acesso mas porque não estão preparados, não sentem apoio, não sentem na comunidade recursos e a

acessibilidade aos recursos de saúde, nomeadamente de enfermagem, são muito ineficazes, na minha opinião... “.

Contrariamente ao que verificou durante o internamento hospitalar, na comunidade, a principal fonte de suporte e de informação aos pais é o pediatra, não existindo um reconhecimento parental da importância da intervenção do enfermeiro nos cuidados de saúde primários, uma vez que, consideram que os recursos/serviços não correspondem às suas necessidades.

### **Estratégias de sensibilização e motivação das equipas de enfermagem**

“ Eu acho que o que é preciso trabalhar com a equipa é **o que é isto de ensinar e de aprender**, o que é isto em termos de atividades e de recursos e como é que eu faço isto, eu acho que é preciso muito trabalho mas não é ir lá dizer ah **educação de adultos** é isto ou aquilo...não, é muitos **exercícios práticos** para a pessoa perceber como é que ela própria aprende e como é que aprende melhor, numa dinâmica de métodos muito ativos com **resolução de problemas com roleplay** com coisas que motivem as pessoas...”.

Destaca as metodologias dinâmicas e ativas de trabalho como estratégias de sensibilização e motivação das equipas de enfermagem.

## **5. Contributos para a aquisição de competências**

A realização desta entrevista revelou-se um contributo fundamental para a consolidação de conceitos e para a reflexão sobre as estratégias de operacionalização das atividades planeadas, face aos objetivos definidos. Ajudou-nos não só a clarificar ideias e a esclarecer dúvidas como, principalmente, a perceber que o apoio educacional e emocional prestado aos pais pelos enfermeiros, em contexto de neonatologia, estão interligados, abrindo caminho para uma reflexão e compreensão mais profunda da problemática estudada. Face ao exposto, consideramos que a realização da presente atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns de EE, nomeadamente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e de competências específicas de EESCJ, nomeadamente quanto à implementação e gestão,

em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade e da promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.

## **Apêndice V**

Instrução de trabalho sobre admissão e acolhimento do  
RN/pais/família na unidade de neonatologia



## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

IT.ZZZ.XXX.00

(Data de Aprovação)

### Admissão e Acolhimento ao RN/Pais/Família na Unidade de Neonatologia

Pág. 137 / 253

#### 1. OBJETIVO

A presente Instrução de Trabalho pretende:

- Uniformizar a admissão do RN e pais internados na Unidade de Neonatologia;
- Definir metodologia que permita:
  - estabelecer rapidamente uma relação de confiança, de empatia, entre os pais e a equipa de saúde;
  - aproximar os pais de RN's internados da equipa de saúde e, principalmente, dos seus próprios bebés;
  - minimizar a preocupação e a ansiedade dos pais, frequente no momento da admissão do RN e nas primeiras visitas à unidade;
  - valorizar e incentivar a participação dos pais/cuidadores nos cuidados ao RN.

#### 2. ÂMBITO

Este procedimento aplica-se à Unidade de Neonatologia.

#### 3. DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

##### 3.1 ABREVIATURAS

RN - Recém-nascido;

SUped – Serviço de Urgência Pediátrica.

##### 3.2 DEFINIÇÕES

###### 3.2.1 ADMISSÃO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA

O momento da admissão e as primeiras 24 horas de internamento são cruciais para uma boa integração dos pais/cuidadores na unidade. O acolhimento é o ato de receber e atender os diferentes membros da família do RN, durante todo o período de hospitalização, procurando facilitar a sua integração num ambiente frequentemente entendido como desconhecido e assustador, numa acção de aproximação e relação com os pais. Neste sentido, o bom acolhimento dos pais/cuidadores é promotor da sua segurança e vai conduzir mais rapidamente a uma grande colaboração dos mesmos com a equipa de saúde, pois irão entender como podem ajudar. Os pais são elementos “chave” na prestação de cuidados ao RN. Os enfermeiros devem actuar como mediadores nas relações entre pais/RN, com cuidado especial na individualidade de cada tríade, com sensibilidade e disponibilidade.



## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

IT.ZZZ.XXX.00

(Data de Aprovação)

### **Admissão e Acolhimento ao RN/Pais/Família Unidade de Neonatologia**

Pág. 138 / 253

#### **4. DESCRIÇÃO**

Aquando da chegada do RN à Unidade de Neonatologia<sup>15</sup>, o enfermeiro terá em conta os seguintes aspectos (a sequência dos itens apresentados não obedece a nenhum critério de ordenação e prioridade, sendo a sua operacionalização adequada à avaliação do enfermeiro responsável perante cada situação específica):

- Apresentar-se aos pais, referindo o seu nome;
- Acomodar o RN na unidade destinada;
- Observar o estado geral do RN;
- Monitorizar o RN e avaliar sinais vitais (quando indicado);
- Apresentar sumariamente a unidade aos pais;
- Verificar/validar que o RN tem pulseira de identificação e se está correcta;
- Identificar a incubadora/berço com identificador próprio (deverá incluir nome da mãe, dados do parto e número do processo);
- Colocar pulseira electrónica (se berço) e registar o número da mesma na plataforma existente;
- Disponibilizar gradualmente informações gerais aos pais (Ver Anexo I:Checklist de admissão à Unidade de Neonatologia – Informação disponibilizada aos pais/cuidadores);
- Entregar guia de acolhimento (complementar a informação oralmente a informação);
- Entregar impresso das necessidades adaptado à unidade;
- Demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas/preocupações e para a expressão de sentimentos face à doença e hospitalização (abordar aspectos relacionados com a situação clínica do RN);
- Explicar o material existente e a sua função (desmistificar e esclarecer quanto ao aparato tecnológico que rodeia o RN);
- Explicar as regras da unidade, enfatizando normas de segurança e higiene necessárias;
- Realizar colheita de dados para avaliação inicial (primeiras 24 horas)<sup>16</sup>;

<sup>15</sup> Os RN's internados na Unidade podem ser provenientes do SUPed, do bloco de partos, do berçário, da consulta de neonatologia, transferidos de outras unidades hospitalares ou transportados pelo INEM/VMER.

<sup>16</sup> Nas situações em que o RN não vem do Bloco de Partos.



## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

IT.ZZZ.XXX.00

(Data de Aprovação)

### **Admissão e Acolhimento ao RN/Pais/Família Unidade de Neonatologia**

Pág. 139 / 253

- 
- Incentivar os pais/cuidadores a participarem nos cuidados ao RN, consoante as situações, oferecendo-lhes orientações claras e perceptíveis;
  - Incentivar os pais a tocarem no RN, sem forçar;
  - Prestar cuidados de enfermagem adequadas à situação clínica do RN;
  - Realizar colheita de análises e realização de exames pedidos/pendentes;
  - Administrar terapêutica de acordo com prescrições, o mais precocemente possível;
  - Proceder aos registos e levantamento do processo de acordo com as indicações existentes e o diagnóstico que motivou o internamento;
  - Estabelecer ponte de informação com a mãe do RN enquanto esta não poder visitar o bebé na unidade, nomeadamente entrar em contacto com os colegas do Bloco de Partos ou Obstetrícia ou visitar a mãe e incentivar o pai a retirar fotografias ao bebé;
  - Promover estimulação de produção de leite materno o mais precocemente possível (mediante disponibilidade da mãe e situação clínica da mesma).

LOGÓTIPO

DO

HOSPITAL

## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

**Admissão e Acolhimento ao  
RN/Pais/Família Unidade de  
Neonatologia**

IT.ZZZ.XXX.00

(Data de Aprovação)

Pág. 140 / 253

## Anexo I

## Checklist - Aspectos a ter em conta na

## Admissão dos pais/ cuidadores/família na Unidade de Neonatologia

Informação a transmitir	Transmitida?
<b>Acesso à Unidade</b>	
Elevadores número 1,2 e 3 ou escadas rolantes até piso 3	
<b>Horário de permanência na Unidade</b>	
Das 9h às 22h a mãe e/ou o pai	
No período nocturno, entrada é limitada às mães internadas na maternidade	
Ausência dos pais no período das passagens de turnos bem como em qualquer outra situação de emergência em que se justifique	
Cacifos disponíveis	
<b>Acompanhantes e visitas</b>	
2 Visitas indicados pelos pais por dia	
Horário (17h00 – 18h00)	
Não é permitida entrada de crianças, excepto se forem irmãos com idade superior a 2 anos	
Aos familiares visivelmente doentes não é permitida a entrada	
Identificação dos acompanhantes e visitas com pulseira respectiva (cores de acordo com dia da semana)	
<b>Orientações para a permanência na Unidade</b>	
Não é permitido o uso de telemóvel ou equipamentos electrónicos (telemóvel sem som)	
Não é permitido a realização de fotografias ou filmagens, excepto quando devidamente autorizado pelo Responsável do Serviço e só para o próprio bebé	
Evitar perturbar a dinâmica da unidade (ex. ruído, entradas e saídas permanentes da unidade...)	
<b>Orientações de higiene e de segurança</b>	

Lavagem das mãos	
Uso de máscara (quando necessário)	
Não manipular e tocar em outros bebés	
Prevenção de quedas – bancadas e portas de incubadora	
Pulseiras electrónicas/controlo entrada portas de acesso	
<b>O que pode trazer para a Unidade</b>	
Roupa para o bebé/Manta	
Chucha	
Objectos significativos para o bebé	
Medicação que o RN faz em casa	
Documentos (Boletim de Saúde Infantil/Boletim da grávida; Boletim de vacinas; Exames recentes; Exames pré-natais relevantes)	
<b>Senha de refeição</b>	
1 Senha de almoço diária destinada à mãe; almoço a partir das 14 horas no refeitório do hospital (pisos 5)	
Não é permitido comer dentro da unidade – disponibilizar sala para pais	
<b>Serviço Religioso</b>	
Capela piso 0 (desprovida de qualquer crença religiosa)	
<b>Informações clínicas sobre o RN</b>	
Visitas médicas durante a manhã	
Não são disponibilizadas informações clínicas telefonicamente por razões de segurança e confidencialidade	
<b>Alta</b>	
Transmitida toda a informação pela equipa de enfermagem e esclarecidas dúvidas	
Obrigatório uso de sistema de retenção para crianças (“cadeirinha”)	
Declarações de internamento – Secretária de Unidade (dias úteis das 9h às 17 horas)	
Atestado de assistência à família – pediatra	

## **Apêndice VI**

Folha de avaliação das necessidades de aprendizagem dos  
pais na unidade

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIDADE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

**Contexto de Estágio – NEO2**

# Folha de avaliação das necessidades de aprendizagem dos pais

Docente Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Discente: Irina Barros, nº 5468

Lisboa, 2015

## **1. Enquadramento e justificação da atividade**

A finalidade da realização desta atividade prendeu-se com a necessidade de identificação das necessidades de aprendizagem dos pais na unidade, promovendo a sua autoavaliação. Consideramos que este conhecimento possibilita aos enfermeiros adequarem a sua intervenção de forma individualizada a cada família. Face ao exposto, parece-nos importante esclarecer que a elaboração e implementação deste instrumento não teve qualquer finalidade relacionada com a investigação.

## **2. Planeamento**

A elaboração deste instrumento derivou de uma atividade planeada para o período de estágio aliada à necessidade da unidade e da instituição hospitalar, uma vez que se encontravam em processo de acreditação pela *Joint Commission International (JCI)* e a existência de um instrumento desta natureza foi por eles sugerido. Neste sentido, realizamos algumas reuniões com a enfermeira chefe do serviço e trocas de *email* para que o trabalho desenvolvido desse resposta não só ao nosso objetivo académico e de melhoria da prática de cuidados como às necessidades da instituição e particularmente da unidade.

Para a sua realização foi efetuada previamente pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas relativamente às necessidades de aprendizagem parentais durante o processo de transição para a parentalidade, particularmente em contexto de neonatologia, assim como valorizadas particularmente as necessidades dos pais daquele contexto de cuidados, quer mediante a consulta dos resultados da tese de mestrado realizada<sup>17</sup> (em que parte da amostra foram pais da unidade), que revelou como principais necessidades parentais as relacionadas com a prestação de cuidados ao bebé, nomeadamente, os cuidados de higiene, alimentação/amamentação, alívio das cólicas, despiste precoce de situações de risco, dificuldade em acalmar o bebé, dificuldade em comunicar com o bebé, em identificar o motivo do choro e responder adequadamente às suas solicitações;

---

<sup>17</sup> Barros, I., Botelho, T. (2008). *Necessidades e Stress dos Pais de Bebés Prematuros Hospitalizados*. (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

como através da identificação das mesmas através da prática de cuidados e da percepção da equipa de enfermagem. Também a perita entrevistada considerou que os pais revelavam poucos conhecimentos nas áreas relativas ao desenvolvimento do bebé, sinais de doença e de alarme no RN, síndrome de morte súbita do lactente e gestão do regime terapêutico. Desta forma, foi-nos possível realizar uma listagem de necessidades a incluir, tendo-se tido a preocupação de se possibilitar aos pais a identificação de outras necessidades através da inclusão de um campo em aberto, intitulado “Outras dúvidas”. O instrumento foi elaborado de forma a apresentar dois momentos de preenchimento, um relativo à avaliação inicial, em que os pais identificam as suas necessidades próximo ao momento de admissão à unidade e outro relativo à avaliação final, reservado ao momento próximo do regresso a casa.

Durante o processo de elaboração deste instrumento, o mesmo foi disponibilizado à equipa da unidade para que os enfermeiros deixassem os seus comentários e sugestões de melhoria, uma vez que era nosso propósito envolver a equipa nesta atividade e adequar a realização do mesmo à realidade daquele contexto de cuidados.

### **3. Execução**

De seguida, apresentamos o instrumento desenvolvido.



## Educação para Saúde: Auto Avaliação dos Pais/ Familiars/Cuidadores

IMP.NEO.005.00

Pág. 1 / 2

Durante o internamento e após a alta hospitalar, muitos dos cuidados necessários ao seu bebé encontram-se na lista abaixo. Ajude-nos a ajudá-lo(a), identificando em que necessita de orientação. Coloque uma cruz (x) na coluna da avaliação inicial nos aspectos que necessita de ajuda.

<i>COLAR VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO</i>	Avaliação Inicial				Avaliação Final	
	Sei/Sinto-me capaz sem treino	Sei/Sinto-me capaz com treino	Não sei/Não sou capaz		Sei/ Sinto-me Capaz	Não sei/Não me sinto capaz
<b>Aleitamento Materno</b>						
Vantagens						
Sinais de boa pega						
Avaliar se o bebé mama bem/fica satisfeito						
Interromper mamada incorreta sem ferir o mamilo						
Horário livre/Frequência						
Complicações mais frequentes e sua resolução						
Extração, identificação e conservação de leite materno						
Cuidados de higiene relativos à extração do leite materno						
Conservação do leite materno						
Posicionamentos para amamentar/material de apoio necessário						
Alimentação materna						
Desconstruir mitos (por exemplo, leite fraco)						
Identificar sinais de fome do bebé						
<b>Mudança da Fralda</b>						
Técnica/Material necessário						

Quando fazer (antes/depois de mamar)						
Colocação da fralda e relação ao cordão						
<b>Cordão umbilical</b>						
Cuidados ao cordão						
Desinfecção (indicações, técnica, material necessário)						
Reconhecer sinais de infecção do cordão umbilical						
<b>Higiene: Banho parcial/Banho de banheira</b>						
Material necessário/Técnica						
<b>Manobra de desengasgamento</b>						
Reconhecer que bebé está engasgado/desengasgado						
Técnica						
Prevenir o engasgamento do bebé (elevação da cabeceira, eructação, posicionamento)						
<b>Aleitamento Artificial</b>						
Material necessário/limpeza e esterilização						
Preparação de biberão						
Administração e posicionamento do bebé						
<b>Cólicas</b>						
Sinais de cólicas no bebé						
Massagem abdominal/administração de bebegel/estimulação retal						
<b>Ciclos vigília/sono</b>						
Identificar os períodos em que o bebé quer/precisa dormir						
Identificar os períodos de alerta do bebé						
Respeitar o descanso do bebé						
Ambiente adequado ao sono e repouso do bebé						
<b>Posicionamento do bebé no berço</b>						
Prevenção da síndrome de morte súbita						

<b>Outros cuidados de puericultura</b>						
Cuidados com a chucha						
Preparação de roupa adequada para o bebé de acordo com temperatura ambiente						
Reconhecer sinais de frio/calor						
Alteração das características fezes do bebé/fezes de transição						
<b>Segurança Infantil</b>						
Prevenção de queimaduras e de quedas						
Lavagem das mãos/risco de infecção/exposição na urgência/espacos fechados						
Segurança infantil rodoviária/Cadeirinha						
<b>Desenvolvimento Infantil</b>						
Reconhecer competências do bebé						
Saber reconhecer disponibilidade do bebé para a interação						
<b>Vigilância de Saúde</b>						
Pesagem semanal						
Teste do pezinho						
Consulta de vigilância infantil						
Vacinação no hospital e após a alta						
Rastreio auditivo						
<b>Medicação</b>						
Medicamentos prescritos/finalidade						
Horário e frequência						
Duração do tratamento						
Como dar/Interações/Efeitos secundários						
Acondicionamento e prazos de validade						
<b>Reconhecer sinais de alerta relacionados com a doença</b>						
<b>Gestão de sintomas (Dor; náusea ...)</b>						
<b>Utilização de equipamentos médicos</b>						

<b>Coordenação de cuidados/Seguimento após a alta</b>						
<b>Outras dúvidas:</b>						
<b>Momento Inicial</b>			<b>Momento Final</b>			
Data: _____			Data: _____			
Utente/Cuidador: _____			Utente/Cuidador: _____			
Enf.º _____			Enf.º _____			
Nº Mec: _____			Nº Mec. _____			

#### 4. Avaliação

Durante o período de estágio, o instrumento apresentado foi elaborado, aprovado (pela chefia e administração da instituição) e implementado na unidade. Constatamos uma excelente adesão da equipa de enfermagem que sempre se demonstrou recetiva durante todo o processo de construção do instrumento e da sua implementação. Até ao final do período de estágio, verificamos que o mesmo era utilizado com todos os pais/cuidadores. A existência de dois momentos de preenchimento permitiu à equipa perceber se as necessidades de aprendizagem dos pais foram ou não satisfeitas mediante os métodos de ensino implementados pelos enfermeiros.

#### 5. Contributos para aquisição de competências

Ao EESCJ compete encontrar e desenvolver estratégias que potencializem a prática de cuidados à criança e família, procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família na adoção de comportamentos potenciadores de saúde e implementar e gerir, um plano de saúde, em parceria, promotor da parentalidade. Neste sentido, consideramos que a realização desta atividade pode representar um importante contributo a esse nível e foi fundamental para o desenvolvimento pessoal destas competências, tendo permitido uma compreensão mais profunda da problemática estudada. Consideramos que esta atividade teve um contributo fundamental pois irá ajudar os enfermeiros a encontrem estratégias que os suportem na individualização e adequação das suas intervenções, mediante as necessidades particulares de cada pai/família.

## **Apêndice VII**

Folheto informativo sobre prevenção da síndrome de morte  
súbita do lactente

9. A morte súbita pode estar relacionada com o sobreaquecimento. Vista o seu bebé para que este esteja confortável e não quente. Deve adequar a roupa do bebé e a roupa da cama à estação do ano e ao lugar em que habita.

10. A temperatura do quarto deve estar entre os 18 °C e os 21 °C (mantenha-o com a temperatura confortável para o adulto).

11. O uso da chucha está associado à redução do risco de morte súbita. Ofereça a chucha depois de o seu bebé estar adaptado ao aleitamento materno, no entanto se este rejeitar não o force.

12. Os monitores em casa não diminuem o risco de morte súbita.

13. O bebé pode e deve ser colocado de barriga para baixo quando se encontra acordado e na presença de um adulto. Desta forma fortalece os músculos do pescoço e das costas. O seu bebé deve dormir de barriga para cima e brincar de barriga para baixo...sempre.



**Proteja o seu bebé!**  
**Partilhe estas informações com outras pessoas que possam tratar do seu filho.**

## Prevenção da síndrome de morte súbita do lactente (SMSL)

Hospital,  
Unidade de Neonatologia NEO2



Irina Barros, aluna 5º curso Mestrado em Enfermagem Pós Licenciatura de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria

Tel.:

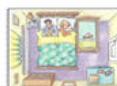
Fevereiro 2015

### O que é a SMSL?

A Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é a morte súbita e inesperada, durante o sono de uma criança com menos de um de vida (mais frequente entre os 2 e 4 meses de vida) em que história clínica, o exame físico, a autópsia e o local de óbito não explicam a mesma.

### Prevenir a SMSL

1. É importante que o bebé esteja próximo, no entanto ele não deve dormir na cama dos pais, porque corre o risco de asfixia ou de sofrer algum traumatismo. Nos primeiros seis meses de vida deve colocar o berço/cama do seu filho ao lado da sua.



2. Não fume durante a gravidez nem depois. Não deixe que ninguém fume em qualquer dos ambientes onde seu bebé respira.



3. As grades da cama do seu bebé devem ter uma altura mínima pelo interior de 60 cm e a largura entre as mesmas não deve ser mais que 6 cm.

4. Escolha um berço seguro (segundo as normas europeias de segurança) e coloque o seu bebé sob um colchão rijo e bem adaptado ao berço.



5. Deve deitar o seu bebé com os pés a tocar no fundo do berço. Nunca tape a cabeça do bebé e não use almofadas ou brinquedos na cama.

6. A cama deve ser feita colocando os pés do bebé no fundo da cama e ajustando os lençóis como na figura. Procure que a roupa da cama não ultrapasse os ombros da criança e que os cobertores utilizados não sejam pesados.



7. O bebé deve ser colocado a dormir de barriga para cima com a cabeça lateralizada, alternando a posição desta.



8. Não deite o seu bebé de lado como forma de prevenção do vómito. Deixe-o arrotar antes de o deitar na cama.

## **Apêndice VIII**

Folheto informativo sobre método canguru

**Antes de iniciar o método canguru, e para conseguirem ficar o máximo de tempo possível, tenham antecipadamente os seguintes cuidados:**

- Ir à casa de banho
- Comer
- Trazer roupa larga e confortável
- Faça extração de leite (mães)

**Informe-se e esclareça as suas dúvidas com os enfermeiros quanto a este método.**


**Peça, sempre que possível para o realizar!**



Irina Barros, aluna 5º curso Mestrado em Enfermagem Pós Licenciatura de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria

Hospital  
Unidade de  
Neonatologia

### Método canguru



Fevereiro de 2015  
Tel.

#### **O que é?**

O método canguru consiste no contacto materno pele-a-pele entre o bebé e a mãe (podendo também ser realizado com o pai).

Foi apelidado assim pela semelhança que tem com o modo como o bebé canguru é carregado pela sua mãe dentro da bolsa marsupial.



**Todos os bebés de qualquer idade gestacional ou peso, estão aptos a fazer método canguru, desde que estáveis.**

**Logo que seja possível, e da vossa vontade, os profissionais da unidade irão implementá-lo.**

#### **Vantagens para os pais ...**

- Promove a vinculação
- Promove a interação com o bebé
- Aumenta a auto-estima
- Aumenta a confiança para cuidar do bebé
- Aumenta a produção de leite materno



#### **Vantagens para os bebés ...**

- Diminuiu o stress e a dor
- Estabiliza o bebé
- Favorece o aumento de peso
- Diminuiu a duração do choro
- Favorece a amamentação
- Aumenta os períodos de sono

#### **Como se faz?**

Deve sentar-se confortavelmente, Os pais devem colocar-se com o peito a descoberto,

O bebé será colocado no seu peito, com a ajuda do enfermeiro, aconchegue-o,

O bebé deverá ter apenas colocada a fralda e um gorro.



## **Apêndice IX**

Instrução de trabalho sobre nota de alta de enfermagem da  
unidade de neonatologia



## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

IT.ZZZ.XXX.00

(Data de Aprovação)

### Nota de Alta de Enfermagem da Unidade de Neonatologia

Pág. 155 / 253

#### 1. OBJECTIVO

A presente instrução de trabalho pretende:

- Uniformizar a elaboração da nota de alta de enfermagem na unidade de neonatologia;
- Promover a articulação com os serviços de saúde de forma a assegurar a continuidade de cuidados ao recém-nascido/pais/família.

#### 2. ÂMBITO

Este procedimento aplica-se aos enfermeiros da Unidade de Neonatologia.

#### 3. DEFINIÇÕES

É fundamental investir no processo de comunicação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados para que a continuidade no domicílio se processe de forma eficiente e fácil (OE, 2011), sendo essa articulação preconizada na Lei de Bases da Saúde. A garantia de uma boa articulação entre Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares é um pilar fundamental para a continuidade de cuidados. Para tal, a utilização dos instrumentos de informação instituídos é um factor facilitador, nomeadamente através do preenchimento do BSIJ, envio notícia de nascimento e carta de alta de enfermagem.

#### 4. ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

- BSIJ – Boletim Saúde Infantil e Juvenil
- RN – Recém-nascido
- SUped – Serviço de Urgência Pediátrica
- MCDT – Meio Complementar de Diagnóstico Terapêutico

#### 5. DESCRIÇÃO

O *software* informático Glintt, em utilização no Hospital, emite o documento nota de alta/transferência do RN, dando a possibilidade ao enfermeiro de seleccionar posteriormente a natureza do documento que pretende desenvolver (eliminando a designação que não pretende). Esse documento é constituído por uma parte inicial de identificação do RN (nome, data de nascimento, idade, número do processo, número de episódio) constando a data de admissão na unidade, o motivo de internamento e a data de alta ou da transferência. Seguem-se, apresentados em forma de quadros os seguintes itens: Antecedentes Pessoais, Diagnósticos de Enfermagem Activos, Histórico de Diagnósticos de Enfermagem, Atitudes

Terapêuticas Activas, Intervenções de Enfermagem Activas, Últimos Sinais Vitais, Monitorizações, Vigilâncias, Terapêutica Prescrita no Internamento, Terapêutica Activa, Dieta Actual e Observações/Cuidados Especiais.

A presente instrução de trabalho pretende representar um suporte para os enfermeiros, ajudando-os na estruturação da documentação, no entanto, esta é flexível e adaptada às necessidades dos RN/pais/família, de acordo com a avaliação de cada profissional. Neste sentido, apresenta-se em anexo dois documentos que pretendem funcionar como ferramentas organizadoras do trabalho de enfermagem no momento da alta hospitalar do RN/pais/família. No anexo I, apresenta-se uma *Check-list de procedimentos a realizar no momento da alta hospitalar*, de forma a lembrar ao enfermeiro todas as etapas a desenvolver no momento prévio à saída do Rn/pais/família da unidade. Em anexo II apresenta-se um *Protótipo de Carta de Alta de Enfermagem da Unidade de Neonatologia* cujo objectivo é agilizar a realização da documentação e a contribuir para a uniformização da mesma pela equipa.

#### **a. NOTA DE ALTA**

De seguida, apresentam-se os elementos chaves constituintes do documento, especificando-se detalhadamente a informação o que cada um deles deverá conter.

##### **• ANTECEDENTES PESSOAIS**

Dados do parto

Antecedentes relevantes da gravidez e do RN

Motivo de internamento na unidade/Motivo de recorrência ao SUped

Descrição breve da evolução do RN no decorrer do internamento

Medicação administrada e duração

Realização de vacinas e rastreio de doenças metabólicas

Encaminhamento/articulação com serviço social (se aplicável)

Descrição do estado geral do RN na data da alta (incluir peso atual)

##### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ACTIVOS**

Manter apenas nas situações em que o RN/pais/família apresentem ainda diagnósticos de enfermagem activos/presentes no momento da alta (por exemplo, RN dependente na alimentação, RN com ferida ...).

##### **• DIETA ATUAL**

Especificar tipo de alimentação, quantidade e horário que o RN faz à data da alta e a indicação que tem para fazer em casa.

- TERAPÊUTICA ACTIVA

Manter no caso de RN que vai medicado para casa.

- OBSERVAÇÕES/CUIDADOS ESPECIAIS

Dar relevância às intervenções autónomas de enfermagem, nomeadamente aos ensinamentos/orientações<sup>18</sup> que foram trabalhadas com os pais/cuidadores no decorrer do internamento. É fundamental que inclua uma breve descrição quanto à presença dos pais durante o internamento, natureza da relação dos mesmos com o bebé, sua autonomia ou dificuldades sentidas/identificadas nos cuidados.

Ressalva-se ainda o registo de informação quanto ao encaminhamento para consultas de seguimento e realização de exames no ambulatório (Aconselha-se a especificação quanto à entrega de documentos aos pais - termos para realização de exames ou consultas).

### 5.1.1 MEIOS DE ENVIO DA NOTA DE ALTA

A carta de alta de enfermagem deve ser elaborada e gravada no processo do RN, sendo que posteriormente e por intermédio da plataforma de dados de saúde (PDS), os enfermeiros dos cuidados de saúde primários conseguem aceder à mesma, assim como a todo o processo do internamento.

As situações de maior complexidade, que motivem mais preocupação à equipa de enfermagem, justificam um contacto mais próximo com a equipa dos cuidados de saúde primários, aconselhando-se, simultaneamente, o contacto telefónico.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Preparação do Regresso a Casa da Criança com Necessidade de Cuidados*. Vol. III. Lisboa: OE.

---

<sup>18</sup>Por exemplo, cuidados gerais ao recém-nascido (higiene, sono e repouso, alimentação, eliminação, cuidados ao coto, cólicas, posicionamento do bebé, medidas preventivas da Síndrome de Morte Súbita do Lactente entre outros), Manobra de desengasgamento, Prevenção de acidentes e infecções, Transporte seguro do RN, Vigilância de sinais de agravamento/alarme, Vigilância de saúde após a alta, Gestão do regime terapêutico, entre outros.

## Anexo I

## Check-list de procedimentos a realizar no momento da alta hospitalar

	Efetuada?
Realização da carta de alta de enfermagem	
Entrega relatório clínico do RN	
Preenchimento notícia de nascimento e envio (caso se aplique)	
Preenchimento do impresso <i>Registo da Entrega de Documentação no Momento da Alta</i> (Check-list da alta) IMP. INT. 001.03 (deve constar assinatura do enfermeiro e dos pais)	
Preenchimento e entrega do BSIJ e do boletim de vacinas do RN	
Entrega do destacável do código de barras do rastreio metabólico (caso se aplique)	
Verificação de realização de rastreio auditivo e articulação com técnicas quando este não foi realizado para agendamento	
Entrega de resultados de MCDT's	
Entrega de marcação de consultas/exames e termos de responsabilidade para realização dos mesmos	
Entrega de receituário terapêutico (caso se aplique)	
Entrega de medicação (caso se aplique)	
Retirar pulseira eletrónica e pulseira de identificação	
Verificar ausência de catéter periférico ou remover (caso se aplique)	

**Anexo II****Protótipo de Carta de Alta de Enfermagem da Unidade de Neonatologia****ANTECEDENTES PESSOAIS**

Bebé nascido de parto \_\_\_\_, no dia \_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas, com peso de \_\_\_\_ gr.e IA ---/--  
-/--/.

Gestação de \_\_\_\_ semanas+ \_\_\_\_ dias, vigiada/não vigiada (eliminar o que não se adapta), sem intercorrências relevantes ou com antecedentes de \_\_\_\_\_ (selecionar opção que se adapta).

Recém-nascido internado na unidade desde dia \_\_\_\_ por \_\_\_\_, proveniente do bloco de partos/SUP/berçário (eliminar o que não se adapta). Durante o internamento, \_\_\_\_\_.

Cumpriu \_\_\_\_ dias de antibioterapia com \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ endovenosas (selecionar caso se adapte).

Fez vacinas Engerix B (a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_) e BCG (a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_) ou não fez vacinas por \_\_\_\_\_ (selecionar opção que se adapta).

Realizado rastreio de doenças metabólicas a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ou não foi realizado rastreio de doenças metabólicas, dada indicação aos pais para se dirigirem ao centro de saúde a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (selecionar opção que se adapta). Realizou rastreio auditivo a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, tendo \_\_\_\_\_ (colocar resultado).

Situação encaminhada com o serviço social por \_\_\_\_\_ (justificar motivo).

Tem alta em D \_\_\_\_ de vida, rosado/pálido/ictérico (selecionar opção que se adapta), a mamar \_\_\_\_, com tolerância; peso de \_\_\_\_ gr.

**DIETA ATUAL**

Durante o internamento fez \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ horas, com tolerância gradual. Tem alta com indicação para fazer peito em horário livre/ peito e suplemento de leite adaptado \_\_\_\_ ml de \_\_\_/\_\_\_ horas ou \_\_\_\_\_ (selecionar opção que se adapta).

**TERAPÊUTICA ATIVA**

Tem indicação para fazer em casa \_\_\_\_ de \_\_\_/\_\_\_ horas. Leva/não leva (selecionar opção que se adapta) receituário terapêutico.

### **OBSERVAÇÕES/CUIDADOS ESPECIAIS**

Pais presentes/pouco presentes/ausentes (selecionar opção que se adapta) durante o internamento, aparentemente carinhosos/ distantes (selecionar opção que se adapta) com o bebé e autónomos/com dificuldades (selecionar opção que se adapta) nos cuidados ao mesmo, nomeadamente quanto a \_\_\_\_\_.

Foram reforçados os ensinamentos/orientações relativas a \_\_\_\_\_ e esclarecidas as dúvidas dos pais.

Recém-nascido fica com consulta/exame (de) \_\_\_\_\_ agendada para dia \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ (pais levam/não levam termo de responsabilidade) (selecionar opção que se adapta).

**ELABORADO POR**  
**IRINA BARROS**

**APROVADO POR**

---

## **Apêndice X**

Diploma de participação na sessão de formação sobre  
“Cuidados centrados no desenvolvimento – método  
canguru”

# QUALITY CARING INSTITUTE

Caring Essentials Collaborative, LLC

*certifies that*

*Trina D'Agostino Souza Bennett*

Has participated in the educational activity entitled:

**Quantum Caring: Skin-to-Skin Care in the NICU**

Tuesday, October 7, 2014

Awarded 4 continuing education credit in accordance with 244 CMR 5.04  
Massachusetts Board of Registration in Nursing

*Mary E Coughlin*

**Mary E Coughlin RN, MS, NNP  
President & Global Learning Officer  
Boston, Massachusetts USA**

## **Apêndice XI**

Sessão de formação sobre Medidas não farmacológicas no  
controlo de dor no RN

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIDADE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

**Contexto de Estágio – NEO2**

# Sessão de formação sobre Medidas não farmacológicas no controlo da dor no RN

Docente Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Discente: Irina Barros, nº 5468

Lisboa, 2015

## 1. Enquadramento e justificação da atividade

A necessidade de realização desta sessão sobre a gestão e alívio da dor no RN, emergiu da constatação de que muitas medidas são conhecidas e valorizadas na unidade, nomeadamente quanto ao controlo dos estímulos ambientais e sucção não nutritiva, existindo no entanto outras intervenções pouco implementadas e desenvolvidas, embora com benefícios vastamente descritos e divulgados pela evidência científica. Neste sentido, foram definidos os seguintes objetivos:

**Objetivo Geral:** Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância e valorização da dor no RN e implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor

### **Objetivos Específicos:**

- Desconstruir mitos e crenças relacionados com a dor em pediatria
- Apresentar as principais consequências da dor no RN
- Identificar os principais obstáculos à implementação de medidas não farmacológicas do controlo da dor no RN
- Informar e consciencializar sobre métodos não farmacológicos no controlo da dor no RN: gestão dos estímulos ambientais, método canguru, sucção não nutritiva, soluções açucaradas, aleitamento materno, *swaddling* e mudança de decúbitos
- Promover a reflexão sobre a prática de cuidados em NEO2
- Propor e discutir sugestões para a melhoria da prática de cuidados

## 2. Planeamento

Foi realizada pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas tendo-se selecionado artigos de evidência científica preferencialmente dos últimos 10 anos sobre o tema, de forma a compilar informação científica e atual que sustentasse a apresentação. Foram ainda pesquisados e consultados os documentos emitidos pela Ordem dos Enfermeiros quanto à avaliação, gestão e controlo da dor. Após leitura e análise desse material, elaborou-se a apresentação em *powerpoint* que apresentamos posteriormente.

A divulgação da sessão foi realizada informalmente através da informação presencial e verbal aos colegas, assim como, formalmente, mediante o envio de um *email*

institucional para todos os elementos da equipa (recurso utilizado frequentemente como meio de contacto na instituição).

O grupo de trabalho foi constituído pela Enf.<sup>a</sup> Irina Barros, Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo, Enf.<sup>a</sup> de referência e Enf.<sup>a</sup> Chefe da unidade, tendo sido a Enf.<sup>a</sup> Irina Barros a formadora da sessão. O conteúdo e o resultado da apresentação em *powerpoint* foram disponibilizados aos restantes elementos do grupo de trabalho e ajustados de acordo com as suas sugestões. Os principais destinatários da sessão foram os elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria da instituição, nomeadamente da NEO2.

### 3. Execução

A sessão decorreu da sala de formação do serviço de pediatria, a 13 de Fevereiro de 2015 e teve uma duração de cerca de 1h30. Os métodos pedagógicos utilizados foram o expositivo e o participativo (discussão/reflexão). Apresentamos em seguida o plano da sessão e, posteriormente, a apresentação em *powerpoint* que serviu de suporte à realização desta atividade.

<b>Fases da Sessão</b>	<b>Conteúdo Programático</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação da formadora, do tema, objetivos e sumário da sessão	Expositivo	Data show	5´
<b>Desenvolvimento</b>	Importância abordagem da dor no RN Mitos e crenças relacionadas com a dor em pediatria Efeitos/Consequências da dor no RN Obstáculos para a implementação de medidas não farmacológicas no	Expositivo	Data show	55´

	<p>controle da dor</p> <p>Escalas de avaliação da dor no RN</p> <p>Gestão dos estímulos ambientais no RN</p> <p>Método canguru/contato pele a pele</p> <p>Sucção não nutritiva</p> <p>Soluções açucaradas</p> <p>Contenção/mudança de decúbitos</p> <p>Aleitamento materno/leite materno</p> <p>Recomendações DGS</p>			
<b>Conclusão</b>	<p>Discussão e reflexão sobre a prática de cuidados em NEO2</p> <p>Sugestões de melhoria de cuidados</p> <p>Síntese da sessão</p> <p>Referências bibliográficas</p> <p>Esclarecimento de dúvidas</p> <p>Avaliação da sessão</p>	<p>Interrogativo</p> <p>Participativo</p> <p>Expositivo</p>	<p>Data Show</p> <p>Questionário de avaliação</p>	30´







## Sucção não nutritiva

19

A sucção não nutritiva, com dedo enfiado ou chupeta não tem propriedades analgésicas intrínsecas, contudo, inibe a hiperatividade, modula a dor e o desconforto do RN (Guinsburg, 2001; OE, 2013).

A analgesia promovida pela chupeta parece ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenômeno de dor quando da sua interrupção (OE, 2013).



20

## SOLUÇÕES AÇUCARADAS

## SOLUÇÕES AÇUCARADAS

21

A sacarose é uma solução adocicada que vai interferir no nível de processo da modulação, levando à liberação pelo SNC da opióides endógenas, que lhe concede o caráter analgésico durante os procedimentos dolorosos (Guinsburg, 2001).

A solução adocicada diminui o tempo do choro e atenua a mímica facial da dor (OE, 2013).

A redução dos aspectos da dor resulta da estimulação orogustativa, que parece ativar o sistema opióide endógeno, e não da absorção da solução (DGS, 2012).

## SOLUÇÕES AÇUCARADAS

Essencialidade para Avaliação Amarela de Prática ODS e JPP

22

- Administrar solução oral por seringa sobre a **porção anterior da língua**, ou molhando a chupeta na solução
- Sacarose 24% ou Glicose a 30%
- 2 minutos antes do procedimento (efeito persiste por cerca de 8 minutos)
- Frequência máxima de 4 tomas no prematuro; 6 tomas no RN de termo

RN termo	27-31 semanas IG	32-36 semanas IG
• 2 ml	• 0,5 ml	• 1 ml

Promover em simultâneo a sucção não nutritiva

2023/2024



23

## CONTENÇÃO/MUDANÇA DE DECÚBITOS



## CONTENÇÃO/SWADDLING

24

- É uma medida que sugere um prolongamento do ambiente intrauterino, a partir de uma organização postural e da sensação de segurança. Proporciona conforto e bem estar ao RN, diminuindo o seu stress.
- O resultado desta prática é o envio ao SNC de um fluxo contínuo de estímulos que podem conciliar com os estímulos dolorosos, modulando a percepção da dor e coadjuvando a auto-regulação em procedimentos dolorosos de pequena intensidade.
- Evita a desorganização motora e a facilita a aproximação de não é base, favorecedora da visão e da autocoreção.

2023/2024

## POSICIONAMENTO/CONTENÇÃO/SWADDLING



**Contenção sem braços**

evitar o RN ser levantado ou transportado sem braços, para minimizar o risco de lesões e de morte por asfixia (DGS, 2012)

**Contenção manual**

utilização das mãos do profissional de saúde para segurar o bebê, de forma a evitar o deslocamento e trauma e de manter o bebê seguro e em conforto (Purified tubing e restriction)

**Contenção sem restrição de posicionamento (cabeça e pés de posicionamento)**

**Redução do dorimento**

Posição fetal  
Dorsão ventral

(Purified, et al., 2012, 130, 131)



26

ALEITAMENTO MATERNO/LEITE MATERNO

## AMAMENTAÇÃO/LEITE MATERNO





- ✓ Colocar o recém-nascido à mama antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final (DGS, 2012).
- ✓ Potente intervenção para evitar a dor, por aleitamento materno ou oferecido por sonda nasogástrica (OE, 2013).



28

RECOMENDAÇÕES PARA OS PROCEDIMENTOS DOLOROSOS MAIS FREQUENTES EM RECÉM-NASCIDOS

Procedimento	Objetivo
Maneja de dor em RN semitendo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Considerar uma intervenção apenas quando há presença de dor física e não por causa</li> <li>2. Realizar avaliação de conforto</li> <li>3. Não farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenção e suporte não mecânico com sucroalcalina estéril</li> </ul> </li> <li>4. Farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titular - em caso de dor moderada a não de acordo para este procedimento</li> </ul> </li> </ol>
Contenção de dor em recém-nascido por procedimentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenção e suporte não mecânico com sucroalcalina estéril</li> </ul> </li> <li>2. Farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titular - EMU ou morfina IV ou titulado IV (dependente)</li> <li>- Titular - titulado em função de avaliação de RN antes, ao longo do procedimento</li> </ul> </li> </ol>
Contenção de dor em recém-nascido por procedimentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenção e suporte não mecânico com sucroalcalina estéril</li> </ul> </li> <li>2. Farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titular - EMU ou morfina IV ou titulado IV (dependente)</li> <li>- Titular - titulado em função de avaliação de RN antes, ao longo do procedimento</li> </ul> </li> </ol>
Contenção de dor em recém-nascido por procedimentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenção e suporte não mecânico com sucroalcalina estéril</li> </ul> </li> <li>2. Farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titular - EMU ou morfina IV ou titulado IV (dependente)</li> <li>- Titular - titulado em função de avaliação de RN antes, ao longo do procedimento</li> </ul> </li> </ol>
Maneja de dor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenção e suporte não mecânico com sucroalcalina estéril</li> </ul> </li> <li>2. Farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titular - EMU ou morfina IV ou titulado IV (dependente)</li> <li>- Titular - titulado em função de avaliação de RN antes, ao longo do procedimento</li> </ul> </li> </ol>

(DGS, 2012)

Procedimento	Objetivo
Maneja de dor em recém-nascido por procedimentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenção e suporte não mecânico com sucroalcalina estéril</li> </ul> </li> <li>2. Farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titular - EMU ou morfina IV ou titulado IV (dependente)</li> <li>- Titular - titulado em função de avaliação de RN antes, ao longo do procedimento</li> </ul> </li> </ol>
Contenção de dor em recém-nascido por procedimentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenção e suporte não mecânico com sucroalcalina estéril</li> </ul> </li> <li>2. Farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titular - EMU ou morfina IV ou titulado IV (dependente)</li> <li>- Titular - titulado em função de avaliação de RN antes, ao longo do procedimento</li> </ul> </li> </ol>
Contenção de dor em recém-nascido por procedimentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenção e suporte não mecânico com sucroalcalina estéril</li> </ul> </li> <li>2. Farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titular - EMU ou morfina IV ou titulado IV (dependente)</li> <li>- Titular - titulado em função de avaliação de RN antes, ao longo do procedimento</li> </ul> </li> </ol>
Contenção de dor em recém-nascido por procedimentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenção e suporte não mecânico com sucroalcalina estéril</li> </ul> </li> <li>2. Farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titular - EMU ou morfina IV ou titulado IV (dependente)</li> <li>- Titular - titulado em função de avaliação de RN antes, ao longo do procedimento</li> </ul> </li> </ol>
Contenção de dor em recém-nascido por procedimentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenção e suporte não mecânico com sucroalcalina estéril</li> </ul> </li> <li>2. Farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titular - EMU ou morfina IV ou titulado IV (dependente)</li> <li>- Titular - titulado em função de avaliação de RN antes, ao longo do procedimento</li> </ul> </li> </ol>
Contenção de dor em recém-nascido por procedimentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenção e suporte não mecânico com sucroalcalina estéril</li> </ul> </li> <li>2. Farmacológico                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Titular - EMU ou morfina IV ou titulado IV (dependente)</li> <li>- Titular - titulado em função de avaliação de RN antes, ao longo do procedimento</li> </ul> </li> </ol>

(DGS, 2012)

Procedimento	Análise
<b>Resumo fisiológico</b>	1. Evitar o uso de brelofactato 2. Monitorar procedimento com dose de dor apropriada 3. Medidas ambientais e de conforto 4. Não farmacológicas: - Contenção, sucção não nutritiva com searrosa/leite materno 5. Farmacológicas: - Titular: codina de hidrocloreto 0,4% ou tetracaina 2% - Dose única: administrar bolus de acordo ao protocolo
<b>Resumo de doses técnicas</b>	1. Medidas ambientais e de conforto 2. Não farmacológicas: - Contenção, sucção não nutritiva com searrosa/leite materno 3. Farmacológicas: - Dose única: administrar bolus de acordo
<b>Sonda nasogástrica</b>	1. Técnica adequada, por técnica 0/20 2. Medidas ambientais e de conforto 3. Não farmacológicas: contenção, sucção não nutritiva com searrosa/leite materno



32 UNIDADE NEONATOLOGIA HOSPITAL

**PROCEDIMENTO GESTÃO DA DOR EM PEDIATRIA**

**Objetivos**

1. Avaliar a dor em crianças e adolescentes.

2. Avaliar a eficácia do tratamento da dor.

3. Avaliar a segurança do tratamento da dor.

4. Avaliar a satisfação do paciente e da família.

**Indicadores**

1. Satisfação do paciente e da família.

2. Eficácia do tratamento da dor.

3. Segurança do tratamento da dor.

Nível de dor	Intervenção	Reavaliação
0 = Ausência	Nenhuma intervenção/médica de conforto.	Uma vez da 1ª a 18h.
1-3 = Dor leve	Medidas não farmacológicas de alívio da dor e administração de analgésico prescrito ou segundo protocolo. Informar médico se não ceder ao analgésico prescrito ou se situação persistir.	Reavaliar em 30' se medicação IV e 1h se medicação oral/rectal.
4-6 = Dor moderada, bastante má	Medidas não farmacológicas de alívio da dor e administração de analgésico prescrito ou segundo protocolo. Informar médico se não ceder ao analgésico prescrito ou se situação persistir.	Reavaliar em 30' se medicação IV e 1h se medicação oral/rectal. Manter reavaliação de hora a hora até estabilização da situação.
7-9 = Dor muito grave	Medidas não farmacológicas de alívio da dor e administração de analgésico prescrito ou segundo protocolo. Informar médico se não ceder ao analgésico prescrito ou se situação persistir.	Reavaliar em 30' se medicação IV e 1h se medicação oral/rectal. Manter reavaliação de hora a hora até estabilização da situação.
10 = Dor severa	Medidas não farmacológicas de alívio da dor e administração de analgésico prescrito ou segundo protocolo. Informar médico se não ceder ao analgésico prescrito ou se situação persistir.	Reavaliar em 30' se medicação IV e 1h se medicação oral/rectal. Manter reavaliação de hora a hora até estabilização da situação.

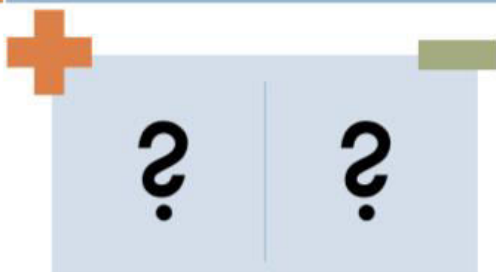
INTERVENÇÃO E REAVALIAÇÃO DA DOR

**3.3.1 Paciar de 4 anos ou Criança com multidelicência FLACC, FLACC - R) EN e Observador**

Nível de dor	Intervenção	Reavaliação
0 = Ausência	Nenhuma intervenção/médica de conforto.	Uma vez da 1ª a 18h.
1-3 = Dor leve	Medidas não farmacológicas de alívio da dor e administração de analgésico prescrito ou segundo protocolo. Informar médico se não ceder ao analgésico prescrito ou se situação persistir.	Reavaliar em 30' se medicação IV e 1h se medicação oral/rectal.
4-6 = Dor moderada, bastante má	Medidas não farmacológicas de alívio da dor e administração de analgésico prescrito ou segundo protocolo. Informar médico se não ceder ao analgésico prescrito ou se situação persistir.	Reavaliar em 30' se medicação IV e 1h se medicação oral/rectal. Manter reavaliação de hora a hora até estabilização da situação.
7-9 = Dor muito grave	Medidas não farmacológicas de alívio da dor e administração de analgésico prescrito ou segundo protocolo. Informar médico se não ceder ao analgésico prescrito ou se situação persistir.	Reavaliar em 30' se medicação IV e 1h se medicação oral/rectal. Manter reavaliação de hora a hora até estabilização da situação.
10 = Dor severa	Medidas não farmacológicas de alívio da dor e administração de analgésico prescrito ou segundo protocolo. Informar médico se não ceder ao analgésico prescrito ou se situação persistir.	Reavaliar em 30' se medicação IV e 1h se medicação oral/rectal. Manter reavaliação de hora a hora até estabilização da situação.

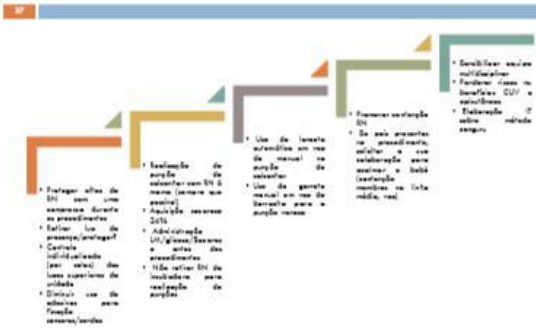


REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA DE CUIDADOS UNIDADE NEONATOLOGIA HOSPITAL



RECOMENDAÇÕES AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS





Cabe aos enfermeiros o dever de defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentam o controlo efectivo da dor (OE, 2008)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatrics. (2002). *Prevention and management of pain in hospitalized children*. (14, 3), 300-304.

2. Anacleto, J. (2012). *Integração das técnicas de avaliação da prática de cuidados de saúde*. (1), 3, 79-84.

3. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

4. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

5. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

6. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

7. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

8. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

9. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

10. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

11. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

12. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

13. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

14. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

15. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

16. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

17. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

18. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

19. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

20. Berman, A., & Schrock, J. (2011). *Essentials of nursing research: methods and synthesis*. (7th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.

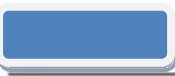
4. Avaliação da sessão

Foi realizada a avaliação da sessão através da utilização de questionários com escala de posicionamento de 1 a 4 (discordo totalmente a concordo totalmente). Foram utilizados os questionários em uso na instituição para avaliação das formações em serviço, que se apresenta em seguida.

## Avaliação da Formação

IMP.RHU.005.02

Pág. 1 / 1



### I. Acção de Formação

Nome da formação			
Data Início		Data Fim	

### II. Avaliação Global

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 ( assinalando com um X ), sendo que:  
 1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concordo ; 4 - Concordo Totalmente

	1	2	3	4
1. Os objectivos da formação foram claros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conteúdos foram adequados aos objectivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os trabalhos, exercícios e actividades foram suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A duração da acção/formação foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As instalações foram adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A documentação foi suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O apoio administrativo e técnico foi o adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III. Avaliação do Impacto da Formação

	1	2	3	4
1. Esta acção de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### IV. Avaliação dos Formadores

Coloque um X no número que melhor corresponde à sua avaliação perante o Formador:

Formador(es):	Formador 1	Formador 2	Formador 3	Formador 4	Formador 5	Formador 6	Formador 7
1. O formador revelou dominar o assunto	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
2. A metodologia utilizada foi adequada	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
3. A exposição dos assuntos foi clara	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

### V. Sugestões/ Críticas

O que considerou mais útil na formação:

Que temas gostaria de ver mais desenvolvidos:

Sugestões de melhoria:

### VI. Grupo Profissional

Auxiliar <input type="checkbox"/>	Administrativo(a) <input type="checkbox"/>	Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/>	Médico(a) <input type="checkbox"/>
Técnico(a) de Diagnostico e Terapêutica <input type="checkbox"/>	Técnico(a) Superior de Saúde <input type="checkbox"/>	Técnico(a) Superior <input type="checkbox"/>	
Dirigente <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>		

Nome (Facultativo): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_

A avaliação da sessão foi extremamente positiva, tendo todos os participantes (n = 11) avaliado a mesma no item 4 (concordo plenamente) em todos os itens referentes ao questionário aplicado, no que diz respeito à avaliação global da sessão, avaliação do impacto da formação e avaliação do formador. Como crítica à sessão foi referido a reflexão da prática diária de enfermagem e a intervenção autónoma de enfermagem.

A reflexão e discussão que emergiu da sessão foram extremamente produtivas, dando origem a várias sugestões para a melhoria dos cuidados. Refletiu-se em conjunto sobre os motivos que se apresentam como obstáculos à implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor no RN, a par com o apresentado pela evidência científica. Foram analisadas situações concretas de cuidados em que ficou demonstrado que o recurso a estas medidas se revelou benéfico.

Desta atividade emergiram algumas sugestões de melhoria dos cuidados de enfermagem, assumindo a equipa voluntariamente o compromisso consciente, quanto à implementação, mais frequente, consistente e sustentada das medidas não farmacológicas no alívio da dor. Pensaram-se ainda em mudanças físicas/estruturais, a apresentar superiormente pela chefia ao conselho de administração, nomeadamente quanto ao controlo dos estímulos ambientais, mais concretamente face à iluminação superior da unidade e da sua antecâmara. Relativamente aos recursos materiais, sugeriu-se a aquisição de mais material protetor para incubadoras (capas/cobertas) e de posicionamento do RN (rolos, ninhos). Emergiu ainda como uma necessidade a definição documentada de critérios para colocação de cateteres umbilicais venosos e cateteres epicutâneos, em articulação com a equipa médica, evitando punções repetidas ao RN.

## **5. Contributos para a aquisição de competências**

Ao EE compete ser facilitador de aprendizagens na sua área de especialidade, promovendo a formação e baseando as suas intervenções em evidência científica, atual e credível. Por outro lado, o EESCJ deve desenvolver competência quanto aos conhecimentos e habilidades relacionadas com a gestão e alívio da dor na criança e jovem, nomeadamente no que diz respeito à implementação das intervenções não farmacológicas, que ressalvam a intervenção autónoma do enfermeiro, valorizando e humanizando os cuidados prestados. Neste sentido, consideramos que a realização da presente atividade contribuiu não só para o desenvolvimento destas competências como para o aprofundamento dos nossos conhecimentos e aprendizagens quanto à temática como, simultaneamente, da equipa de enfermagem.

## **Apêndice XII**

Jornal de aprendizagem: estágio na NEO1

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIDADE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

**Contexto de Estágio – NEO1**

# Jornal de Aprendizagem

Docente Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Discente: Irina Barros, nº 5468

Lisboa, 2015

## **1. Enquadramento e justificação da atividade**

A necessidade de realização do presente trabalho surge no âmbito do estágio em **NEO1** de forma a dar a conhecer as experiências e vivências mais relevantes nesse contexto e porque acreditamos que este representa uma ferramenta fundamental para a tomada de consciência das aprendizagens desenvolvidas. Centramo-nos nas experiências relativas à transição para a parentalidade em contextos de UCIN e na importância das intervenções do EESCJ para ajudar os pais a serem e sentirem-se pais. Face ao exposto, apresentamos uma reflexão estruturada, tendo sido utilizado o modelo de Johns (1999) a partir da descrição de algumas situações concretas de cuidados.

## **2. Reflexão**

### *Descrição*

Pensamos que seria importante começar por descrever a perceção geral que tivemos do contexto e da experiência de estágio. A realidade de **NEO1** por se tratar de uma unidade de cuidados intensivos neonatais, localizada num hospital central, possibilitou o contato com situações mais complexas de cuidados, recursos e tecnologia com o qual não estávamos familiarizadas. Para além disso, aproximou-nos de uma realidade, distante da nossa, que se prende com os internamentos francamente mais longos, que representam desafios imensos face à transição para a parentalidade. Fisicamente trata-se de uma unidade similar à do nosso contexto profissional, embora maior e com mais recursos materiais/tecnológicos e humanos.

Inicialmente começamos por ir colaborando e participando na prestação de cuidados ao RN em berço e gradualmente fomos assumindo a responsabilidade integral de cuidar do RN, inicialmente em berço e depois em incubadora, de forma autónoma e responsável, recorrendo à enfermeira de referência em qualquer situações de dúvida ou necessidade. Verificamos que as intervenções dos enfermeiros articulam-se e completam-se com as dos outros profissionais da equipa multidisciplinar.

Após o nascimento, habitualmente é o pai ou os avós, os primeiros a visitarem o RN, uma vez que a mãe necessita ainda de cuidados que a impossibilitam de se deslocar à UCIN. O acolhimento é feito pela enfermeira responsável, tendo-se o cuidado de dar informações sobre o estado clínico atual do bebé, esclarecendo as dúvidas existentes e dando abertura à expressão de sentimentos e preocupações. É igualmente apresentado

sumariamente a unidade e explicados/desmistificados os monitores junto do bebé para que fiquem menos ansiosos. É entregue o guia de acolhimento da unidade que contém as informações e orientações genéricas e que funciona, conjugadamente com o esclarecimento presencial e disponibilidade demonstrada, como um recurso importante para os pais consultarem. Importa ainda referir que a política e filosofia da instituição relativamente à presença dos pais e horários de visitas para familiares e amigos é de extrema importância, uma vez que os pais não são vistos como meras visitas.

Pudemos observar e analisar o impacto que o ambiente da UCIN exerce sobre os pais, nomeadamente nos primeiros dias de hospitalização. Constatamos que inicialmente estes parece que tendem a fixar-se em tudo menos no seu bebé. Alguns porque referem não conseguir olhar para eles, outros, ficam simultaneamente assoberbados pelos estímulos provenientes da tecnologia, valorizando os monitores, ventiladores e toda a movimentação da equipa dentro da unidade. Desenvolvem um domínio quase completo sobre a monitorização, interpretando as alterações e os alarmes. Depois, gradualmente, com maior ou menor dificuldade, começam a aproximar-se mais da incubadora, a levantar as proteções e a descobrir o seu bebé. Nesse sentido, a nossa intervenção foi direcionada de forma a ajudar os pais a reconhecerem aquele bebé como seu, a incentivar o toque sem forçar, a pedir bonecos ou objetos do bebé para colocar junto à incubadora, a incentivar a extração de leite materno e, essencialmente, a promover e implementar o método canguru. Para além disso, os pais foram envolvidos em todos os cuidados que pudessem colaborar e que eram fundamentais para eles, como a mudança da fralda, o posicionamento, a alimentação por sonda ou por biberão ou mesmo o toque e contenção em procedimentos mais invasivos como colheitas de sangue.

Verificamos que a equipa revela uma grande preocupação em criar um ambiente terapêutico, fazendo questão de decorar as incubadoras com pequenas lembranças que representam marcos do bebé, como um cartão de parabéns por cada mês de vida.

### *Sentimentos*

O internamento numa UCIN é vivido como se de uma montanha russa se tratasse, cheia de altos e baixos, bons e maus momentos, foi com estas palavras que nos recordamos uns pais nos descreverem esta experiência no dia da alta da sua bebé. A bebé L., de 5 meses de vida iria naquele dia finalmente para casa. Para trás ficavam meses de internamento, a perda dos bebés que tinham sonhado e pelo qual tanto tinham lutado. Os bebés L. e A. nasceram às 26 semanas, sem aviso prévio. Foi um choque para todos.

O menino A. viria a falecer dias depois. “L. foi uma lutadora”, dizem. Esteve 3 meses em cuidados intensivos, um mês em isolamento e fez 2 cirurgias aos olhos. L. terá provavelmente uma diminuição significativa da acuidade visual e os pais sabem disso. A mãe desenvolveu uma depressão durante o internamento e está medicada e apoiada pela equipa multidisciplinar. Nesse dia, 6 meses depois de entrados naquele hospital, levam consigo apenas um bebé com algumas sequelas já conhecidas e outras que só o tempo o dirá. Mas vão felizes. Felizes e assustados. Felizes e agradecidos. Levam bolos para a equipa, oferecem ao serviço as roupinhas que já não servem, para outros bebês. Despedem-se, com lágrimas no rosto, dos outros pais e de cada profissional. Fazem questão de fotografar esse momento para a posteridade. A mãe antes de sair da unidade faz questão de acrescentar a última linha ao seu álbum do internamento e pede à enfermeira chefe que escreva algo. Esclarecem as últimas dúvidas, deixam escapar alguma ansiedade. Alguém diz, “nós estamos sempre aqui e o número (de telefone) vai ser o mesmo”, sorriem. Ao saírem choram e muitos choram com eles. Nós também, confessamos.

Recordamos outra situação de uma RN cujos pais tinham sido informados dias antes que o bebé iria ficar com sequelas neurológicas graves. Recordamos a tristeza sempre expressa na cara da mãe constantemente a chorar e a revolta e agressividade na cara e comportamento do pai. Sinais claros, de que face a situações emocionalmente intensas, cada um encontrou o seu caminho de resolução da situação. Nesse dia, sem que nada o fizesse prever o pai desenvolveu um comportamento de agressividade verbal para os profissionais, verbalizando que não compreendia como eles conseguiam sorrir e que tinha dificuldade em conviver com crianças saudáveis sabendo que o seu bebé não o seria. Face à situação, os pais foram conversar com a enfermeira responsável do bebé numa sala a sós e a situação acabou também por ser discutida e encaminhada para outros elementos da equipa multidisciplinar. Inicialmente sentimo-nos incomodadas com o comportamento daquele pai: como seria ele capaz de pensar assim? Não ser capaz de ver crianças saudáveis? Depois, analisando a situação, fomos questionando sobre toda a situação. Como seria ver a nossa vida fugir ao nosso controlo...inesperadamente? Não nos sentiríamos injustiçados? Independentemente de tudo, tornou-se claro que o foco não estava no nosso incómodo pela forma como o outro estava a expressar a sua dor e sofrimento mas no fato de ser ele quem estava a viver uma perda. Nesse dia, vários pensamentos nos acompanharam até casa: Como é ser pai

de um filho diferente? Estaríamos preparados? A resposta é obviamente inconclusiva, não fazemos ideia, no entanto, sabemos que independentemente de tudo gostaríamos de ser considerados e cuidados com esta sensibilidade. Agora, com alguma distância da situação, percebemos com clareza todos os sinais de sofrimento expressos por estes pais, cada um à sua medida, e da necessidade urgente de ajuda e suporte.

### *Análise*

Um dos momentos que consideramos de maior importância nos cuidados foi o da admissão e acolhimento à unidade. Podemos constatar que as intervenções desenvolvidas nesses momentos contribuem para que os pais se sintam menos perdidos face à vivência daquele acontecimento e posteriormente muitos deles recordam e verbalizam essas primeiras horas, lembrando principalmente a atenção e disponibilidade que sentiram por parte da equipa que os acolheu. Consideramos ainda que a política de visitas da unidade contribui para a promoção do envolvimento parental. Verificamos que as intervenções promotoras de um ambiente terapêutico, atrás descritas, são pormenores que fazem toda a diferença e que fazem com que os pais sintam que a equipa está verdadeiramente preocupada e envolvida nos cuidados.

Tivemos em consideração as necessidades individuais dos pais, tendo compreendido que muitas são comuns a todos, existindo apenas algumas específicas, relacionadas com a situação clínica de cada bebé, o que nos obrigou a adequar as nossas intervenções de modo individualizado. No entanto, temos consciência de que sempre que estivemos a dar e demonstrar alguma orientação/ensino na unidade, por exemplo quanto à manobra de desengasamento ou ao posicionamento do RN para prevenir a síndrome de morte súbita do latente, efetuamos cuidados antecipatórios na questão da segurança, em grupo, pois decorreram num espaço em que todos puderam participar, observar e questionar.

É sabido que a parentalidade, dadas as suas próprias características, assume-se por si só como um desafio, uma vez que exige uma complexa adaptação a múltiplas transições. Se considerarmos a possibilidade de um nascimento prematuro e/ou de um bebé doente, que necessite de internamento numa UCIN, esse desafio acresce de dimensão e dificuldades. Foi com esta realidade que nos deparamos no decorrer deste estágio, lidando e cuidando, diariamente, de RN e pais, também eles prematuros, nesse seu novo papel, uma vez que são forçados a confrontar-se com um acontecimento com o qual ainda não estavam preparados. Na realidade, compreendemos de perto, o quão difícil e doloroso pode ser a experiência de ser pai de um bebé diferente numa UCIN.

Não só porque é o romper de todas as expectativas construídas no decorrer da gravidez, com um bebê fisicamente muito distante do idealizado, aparentemente mais pequeno, frágil e menos atrativo, como trata-se na maioria das vezes, de bebês cuja recuperação e sequelas são incertas e só conhecidas a longo prazo, o que é gerador de grande incerteza e insegurança face ao futuro.

Para além disso, é-lhes ainda um bebê fisicamente “distante”, dentro de uma incubadora, na qual durante os primeiros dias ou semanas não o podem pegar ou manipular e com o qual dificilmente conseguem estabelecer algum tipo de comunicação ou interação. E num ambiente confuso e assustador, para o qual não estavam preparados e no qual não têm nenhum controlo, são frequentemente observados, avaliados e aconselhados por um conjunto diversificado de profissionais que assumem os cuidados ao seu bebê. Tratam-se ainda de situações que requerem hospitalizações longas, de vários meses, com inúmeras intercorrências, avanços e recuos, que desgastam e põem à prova a capacidade de resiliência do ser humano e dificultam o estabelecimento de vínculo e o sentimento de pertença.

Confessamos que nos primeiros dias de estágio o comportamento dos pais de aparente distância e desinteresse pelos seus filhos nos parecia estranho e diferente do que conhecíamos dos pais da nossa realidade profissional. Como era possível virem à unidade para ver o seu bebê e depois só olharem para os monitores? Rapidamente compreendemos a importância da intervenção do EESCJ, fazê-los descobrir o seu bebê! Recordamos uma mãe de um bebê prematuro de 26 semanas a qual tinha sido informada na primeira semana de vida do filho que a situação era muito instável e que não se sabia se iria sobreviver. Essa mãe, vinha da maternidade em cadeira de rodas e ficava a “ver” o bebê da porta da unidade e não entrava. Só com cerca de 2 semanas de vida do bebê é que a mãe se aproximou da incubadora. À medida que a situação do bebê estabilizou, a mãe começou a extrair leite, a mudar a fralda, a dar leite por sonda e com um mês fez canguru pela primeira vez. No nosso último dia de estágio, encontramos a mãe sentada junto à incubadora, a ler um livro: “How to be a good mother”. Achamos o pormenor delicioso e saímos com um sorriso nos lábios porque percebemos que após uma “batalha” tão dura, as intervenções que a equipa implementou foram fundamentais para o estabelecimento deste vínculo.

Recordamos outro episódio que nos marcou positivamente e que consideramos uma intervenção de enfermagem de grande sensibilidade e importância para a assunção do

papel de pais. Durante o período de estágio em **NEO1** estiveram dois irmãos gêmeos na unidade, no entanto um em cada sala, intensivos e intermédios, o que fazia com que os pais se dividissem constantemente entre eles para que cada bebé estivesse acompanhado. Numa tarde, uma enfermeira sensível ao fato de esta família ainda não ter estado junta e ter tido um momento seu, reuniu os quatro. Os pais tiveram oportunidade de fazer simultaneamente canguru com os seus bebés e ali estiveram cerca de 2 horas a viver em família um momento único, cerca de 3 semanas após o nascimento dos seus filhos. A importância de todos os nossos atos e palavras, enquanto profissionais e pessoas que cuidam de outros, mais vulneráveis, encheram-se ainda de maior significado. Sentimo-nos orgulhosas por estarmos ali, por fazermos parte daquele momento e por sermos enfermeiras conscientes da importância destes aspetos no cuidar.

Pela posição central que ocupa, o enfermeiro é o elo dinamizador entre a equipa multidisciplinar no sentido de identificar, intervir e avaliar as redes de suporte das famílias e encaminhá-las para outros profissionais que as possam ajudar. Pudemos constatar esta realidade diariamente, por um lado, porque ao envolver os pais nos cuidados e na relação com eles, nos apercebemos da rede de suporte existente e de situações de cariz social, psicológico ou económicas mais complexas. Por outro lado, porque é da responsabilidade do enfermeiro a recolha de dados de caracterização familiar e social dos pais nos primeiros dias de internamento do bebé, o que também desperta para esta realidade.

### *Avaliação*

A prestação de cuidados neste estágio implicou um processo de reflexão e tomada de decisão autónoma e pautou-se pela promoção da parentalidade através da capacitação e *empowerment* parental. Constatamos que existe uma grande preocupação pelas questões de suporte e apoio emocional disponibilizado aos pais em vivência de transição para a parentalidade na UCIN. Consideramos que é fundamental que o EESCJ tenha consciência de todo o processo de luto e das suas fases, da negação até à aceitação, para que consiga compreender e intervir adequadamente.

### *Conclusão*

Quando se aborda a questão da transição para a parentalidade numa UCIN é essencial ter em consideração que muito do desenvolvimento do papel parental se realiza num ambiente que enfatiza a premência dos recursos tecnológicos, palco onde se desenrolam uma multiplicidade de indispensáveis procedimentos invasivos para a sobrevivência do bebé, o que não deverá representar um obstáculo à reflexão e individualização de cuidados humanizados, promotores do harmonioso desenvolvimento da família. Neste sentido, consideramos que é fundamental que o EESCJ esteja consciente que funciona como o elo de ligação entre o RN e os pais.

A troca de experiências sobre diferentes formas de perseguir um determinado objectivo foi uma constante, permitindo compreender que é na diferença que advém a riqueza da aprendizagem. Face ao exposto, e apesar da nossa experiência profissional na área da neonatologia, consideramos que este estágio foi extremamente positivo e importante para o desenvolvimento das nossas competências e aprendizagens.

A vivência e experiência proporcionada neste contexto de estágio originaram mudanças na prática de cuidados, nos diferentes contextos, nomeadamente no nosso contexto profissional, e revestem-se de uma riqueza incalculável no nosso desenvolvimento enquanto futuras EESCJ.

### **3. Referência Bibliográfica**

Johns, C. (1999). Becoming a reflective. In Johns, C. (Coords). *Becoming reflective practitioner* (pp. 1-44). Oxford: Blackwell Publishing Inc.

## **Apêndice XIII**

Jornal de aprendizagem: estágio na UCSP

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIDADE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

**Contexto de Estágio – UCSP**

# Jornal de Aprendizagem

Docente Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Discente: Irina Barros, nº 5468

Lisboa, 2015

## **1. Enquadramento e justificação da atividade**

A necessidade de realização do presente trabalho surge no âmbito do estágio na UCSP de forma a dar a conhecer as experiências e vivências mais relevantes nesse contexto e porque acreditamos que este representa uma ferramenta fundamental para a tomada de consciência das aprendizagens desenvolvidas. Face ao exposto, apresentamos uma reflexão estruturada, tendo sido utilizado o modelo de Johns (1999) a partir da descrição de algumas situações concretas de cuidados.

## **2. Reflexão**

### *Descrição*

A experiência proporcionada por este estágio passou pela integração e participação na vacinação infantil e nas consultas de saúde infantil. Tivemos oportunidade de constatar que frequentemente os profissionais de saúde reconheciam os pais/cuidadores e crianças e sabiam o seu lugar em cada família, o que é fundamental para o conhecimento da dinâmica familiar e social e para a deteção de situações de risco. Verificamos que a população que recorre à UCSP é proveniente de diferentes realidades sociais, económicas e culturais.

As situações mais frequentes prenderam-se com a realização da primeira consulta de enfermagem ao recém-nascido, consultas mensais até ao primeiro ano de vida da criança, consultas nas idades chave dos 15, 18 e 24 meses, 3 e 4 anos e exame global de saúde (aos 5-6 anos). No exame global de saúde dos 5-6 anos, estivemos em articulação com a equipa da saúde escolar, encaminhando e sinalizando as crianças cuja avaliação nos suscitou alguma preocupação e mediante o preenchimento da ficha de encaminhamento escolar. Destacamos ainda as situações pontuais de doença na criança. Constatamos uma escassa recorrência às consultas de saúde infantil por parte dos adolescentes, nomeadamente após o exame global de saúde dos 12/13 anos. Foram frequentes as situações de crianças encaminhadas e referenciadas pelos educadores, por dificuldades específicas de aprendizagem ou alterações de comportamento.

Deparamo-nos com um número assustador de crianças com excesso de peso, resultado de uma alimentação pouco variada e adequada ao seu crescimento e desenvolvimento. De igual forma, também foi frequente observar crianças, ainda em idade pré-escolar,

com múltiplas cáries, resultantes não só dessa alimentação como do pouco ou nulo investimento na saúde oral.

A observação da dinâmica do serviço e a participação nestas atividades permitiu-nos identificar o EESCJ como o elemento gestor dos agendamentos de novas consultas e reavaliações da criança/jovem e, fundamentalmente, como o elemento de eleição para a resolução de problemas, funcionando com o elo de ligação entre a criança/família e a restante equipa multidisciplinar.

Verificamos durante a realização deste estágio, à semelhança do que já tínhamos constatado na nossa prática profissional, a existência de alguns casos pontuais de pais que se recusam vacinar os seus filhos, argumentado uma variedade de efeitos secundários a longo prazo das vacinas. Percebemos que este é um problema em expansão também noutros contextos profissionais.

Na vacinação tivemos especial atenção aos cuidados não traumáticos implementados pela equipa, uma vez que pretendíamos desenvolver competências nessa área. Neste sentido, despertaram-nos novas formas de promover estes cuidados, de guiar os pais para o que podem fazer e como o querem fazer, fazendo recurso a técnicas distrativas que a criança mais valorize, por exemplo.

### *Sentimentos*

Encontramos frequentemente pais ansiosos e inseguros face aos cuidados ao seu filho, nomeadamente no caso de recém-nascidos e nas situações de doença da criança. Destacamos ainda a labilidade emocional das mães no pós-parto. Nos pais de crianças mais velhas, encontramos frequentemente um discurso de alguma culpabilização pelo pouco tempo disponibilizado para estar com os filhos frequentemente por compromissos e exigências profissionais, acrescidos a vínculos de trabalho precários (acrescentamos como curiosidade que muitas crianças se fizeram acrescentar às consultas e vacinação pelos avós).

À semelhança do que já havíamos constatado na nossa prática profissional, também durante este estágio nos deparamos com famílias e pais com inúmeras dificuldades económicas e sociais, reflexo das mudanças e crise social tão evidente no nosso país. Na verdade, os relatórios da primavera dos últimos anos, têm alertado para o impacto que estas mudanças estão a ter na saúde da população. Neste sentido, a consciência

fundamentada face à escassez de bens essenciais, despertou-nos sentimentos de profunda preocupação e apreensão face ao futuro.

### *Análise*

Relativamente à calendarização e cronologia das consultas/exames de saúde referentes às idades-chave de vigilância, destacaríamos a importância do conceito de consultas oportunistas, aproveitando-se e rentabilizando-se a deslocação das crianças/famílias aos serviços de saúde primários como uma oportunidade de vigilância e intervenção, reduzindo-se desta forma as suas deslocações e assegurando, simultaneamente, a vigilância de saúde de um maior número de crianças possíveis. Tendo em conta a atual situação social e económica que o país atravessa e na conseqüente dificuldade de deslocação e acesso aos cuidados de saúde, esta medida é de extrema pertinência e utilidade. De fato, urge que a evolução de todos os planos de intervenção na área da saúde, junto das populações, tenha por base a capacidade de acompanharem não só as evoluções científicas e as novas evidências identificadas como que sejam capazes de dar resposta aos novos (e velhos) desafios e complexidades sociais que se colocam. É fundamental que como futuras EE estejamos conscientes da importância desta medida e que a consigamos divulgar e argumentar solidamente junto dos colegas, promovendo cada vez mais uma maior capacidade de flexibilidade no atendimento a estas crianças/famílias.

Compreendemos que a existência de um espaço reservado para adolescentes, no espaço físico da UCSP, com um ambiente adaptado às suas necessidades de atendimento, contribuía para a baixa recorrência desta população às consultas de saúde infantil, aliado à já habitual reduzida adesão desta população à vigilância de saúde. Na verdade, consideramos também que o espaço físico das consultas não está preparado para o atendimento ao adolescente, não respeitando a privacidade e confidencialidade necessárias para tal, num ambiente claramente decorado com motivos infantis.

Constatamos a importância de valorização do despiste realizado pelos educadores e professores quanto ao comportamento e dificuldades de aprendizagem da criança, como ao nível da linguagem, concentração e capacidade de participação em atividades, muitas vezes não identificado ou valorizado pelos pais em casa. Foi frequente também perceber que estas crianças não tinham um acompanhamento regular pelos serviços de saúde. Em casos pontuais já existia um encaminhamento para psicologia e pedopsiquiatria. Nessas

situações, a nossa intervenção delineou-se em conjunto com a equipa multidisciplinar, em articulação com EESCJ, equipa de saúde escolar, serviço social, psicóloga e fundamentalmente tentando envolver e consciencializar os pais.

Durante este estágio ficamos sensibilizadas para a necessidade da intervenção do EE para a promoção de comportamentos de saúde saudáveis, nomeadamente no que diz respeito à alimentação e prática de exercício físico. Constatamos que, regra geral, existe uma grande preocupação dos pais e cuidadores quanto à alimentação da criança até ao primeiro ano de vida, durante todo o processo de diversificação alimentar, e depois essa preocupação vai sendo em regra descurada a partir do momento em que a criança pode comer de tudo. Parece-nos que neste âmbito a grande dificuldade de intervenção do EE passa por fazer perceber aos pais que a mudança dos hábitos alimentares da criança implica e envolve uma mudança inerente dos hábitos de toda a família e que isso é essencial para o sucesso de qualquer mudança. Neste sentido, a nossa intervenção centrou-se em esclarecer e informar os pais dos riscos e consequências de uma alimentação inadequada, ajudando-os a perspectivar pequenas mudanças em hábitos diários frequentes que poderiam ajudar o seu filho, negociando planos alimentares com a criança/jovem e pais. Suportamos a nossa intervenção com a disponibilização de folhetos existentes na UCSP sobre alimentação saudável. As crianças foram incentivadas à lavagem e escovagem dos dentes, fazendo-se demonstração durante as consultas com recurso a bonecos existentes no espaço da consulta. Sempre que se justificou, as crianças foram encaminhadas no sentido de adquirirem o “cheque-dentista”, previsto no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

A vacinação representa uma intervenção de extrema importância na garantia da saúde pública. Consideramos que se trata de uma área nobre de atuação autónoma dos enfermeiros em que é possível demonstrar o impacto efetivo dos cuidados de enfermagem junto da população e benefícios para a sua saúde. É sabido que o PNV está por detrás da animadora taxa de mortalidade infantil que Portugal apresenta, comparativamente a outros países europeus e internacionais. Tivemos oportunidade de analisar e refletir sobre estas situações com a enfermeira de referência, sendo que a nossa intervenção foi no sentido de consciencializar os pais dos riscos a que estavam a expor os seus bebés face à não vacinação e ao risco para a saúde pública. Tentou-se compreender a origem dos estudos em que se apoiavam e que servia de base de argumentação para a não vacinação, não ficando claro a sua credibilidade científica. Na

realidade, embora não se conheça em profundidade os argumentos que estarão inerentes a esta “nova filosofia”, parece-nos que estamos perante um sentimento de “otimismo irrealista”, ou seja, algumas doenças, como quase extintas atualmente, não são vistas e respeitadas como uma ameaça real, as pessoas não cresceram habituadas a vê-las e a temer os seus efeitos. Na verdade, o sucesso da vacinação é de tão forma evidente que acaba por ter o efeito negativo de as pessoas se sentirem quase intocáveis por determinadas doenças, colocando-se à disposição de quebrarem um ciclo de proteção e imunidade que poderá por em causa não só a saúde dos seus filhos como da comunidade em geral, assumindo-se como um claro (futuro) problema de saúde pública.

Tal constatação remete-nos para o papel do EE face a esta problemática. Provavelmente se justifiquem desenvolver estudos que identifiquem as reais causas desta decisão parental. Só conhecendo os seus argumentos em profundidade, estaremos preparados para os contrapor face a evidência científica que temos do nosso lado e que é naturalmente defensora da vacinação. Do enfermeiro é esperado que seja capaz de ser um elemento activo de proximidade com estas famílias e um facilitador do acesso à informação e conhecimentos disponíveis face ao tema, validando previamente o conhecimento que os pais já possuem, adequando a sua intervenção caso a caso, desmistificando informações pouco fiáveis e esclarecendo dúvidas. Na maioria das vezes é um processo de persistência e que exige continuidade no seu investimento, estando o enfermeiro numa posição repetidamente de informação, validação e confirmação da informação fornecida. Para tal ocorrer está inerente um sentido de disponibilidade e abertura total, o que é exigente e trabalhoso, mas naturalmente compensador.

A prestação de cuidados não traumáticos é essencial pois promove a prevenção ou eliminação da dor física e psicossocial, preparando antecipadamente a criança e família, de modo a diminuir o impacto do contexto hospitalar ou de qualquer procedimento a realizar. Ganhamos consciência também dos diferentes stressores que se apresentam à criança, de acordo com o seu estadio de desenvolvimento e experiências anteriores, para que este conhecimento nos permita adequar as intervenções e os comportamentos junto deles.

Na realidade, é evidente que desde o nascimento até à adolescência, os stressores que se apresentam às crianças (sejam eles dor, medo, ansiedade, culpa, vergonha...) são uma constante, no entanto, vão variando de acordo com o seu desenvolvimento. Os cuidados

não traumáticos assumem especial relevância em vários momentos, destacando a realização de procedimentos invasivos. Nestes momentos distintos deve ser transversal a permanência dos pais junto da criança, assim como, a disponibilidade para prestar informação antecipatória à criança, recorrendo a estratégias adequadas à idade, e aos pais; estas intervenções melhoram a capacidade de ambos se adaptarem à nova realidade e a se reorganizarem mais eficientemente; foi com base nestes pressupostos que centramos a nossa intervenção.

### *Avaliação*

A realização de consultas de saúde infantil possibilitou o desenvolvimento de competências na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, nomeadamente quanto à avaliação dos parâmetros antropométricos, exame físico, avaliação da visão e audição, avaliação da dentição, avaliação da linguagem da criança, utilização e implementação da escala de Mary Sheridan Modificada e reconhecimento mais aprofundado dos sinais de alerta no desenvolvimento da criança/jovem. Desenvolvemos ainda competências relacionais e comunicacionais com os pais/cuidadores que nos permitiram perceber as suas preocupações e dúvidas e, simultaneamente, explorar como é o comportamento dos mesmos e da criança em casa, despistando dificuldades específicas do desenvolvimento.

Este estágio implicou a utilização e consulta frequente do PNSIJ, contribuindo para consolidar conhecimentos quanto às suas principais linhas orientadoras. Na verdade, o actual PNSIJ representa um instrumento bastante útil e esclarecedor para os profissionais de saúde, estando facilmente disponível, com grande acessibilidade para consulta. O conhecimento das linhas mestras ajuda a definir prioridades e a orientar estratégias de intervenção. Apesar de este documento estar fundamentalmente vocacionado para a área dos cuidados de saúde primários (que não é a nossa realidade profissional atual), é de extrema utilidade que como futuras enfermeiras especialistas o domine e que este contribua para alargar a nossa visão e área de atuação futuros.

Os cuidados antecipatórios, tão patentes no novo PNSIJ, representam uma ferramenta essencial para que a parentalidade possa ocorrer, ajudando os pais a “aprenderem a ser pais” e a saberem o que podem esperar dos seus filhos, de acordo com a sua idade e estágio de desenvolvimento. Fornecer previamente aos pais, informações das competências que os seus filhos irão futuramente desenvolver, é uma estratégia de

intervenção fundamental pois pode ajudá-los a implementar actividades orientadas e intencionais que os estimulem (actividades promotoras do desenvolvimento) e ajuda-os a estarem mais despertos para eventuais dificuldades ou desvios que os seus filhos apresentem no decorrer do seu desenvolvimento e crescimento (sinais de alarme).

### *Conclusão*

Este estágio proporcionou-nos a prestação directa de cuidados comunitários, o que confere oportunidades únicas de desenvolvimento pessoal e profissional, pelo contacto com a Pessoa inserida num Ambiente, mais concretamente, uma maior proximidade com a realidade da criança e família. Ao EESCJ é exigido que dê resposta a uma diversidade de situações de saúde/doença da criança/jovem e família. A multiplicidade cultural e social da população enriquece e complexifica a intervenção do EE. Pelo exposto, o EESCJ em cuidados de saúde primários encontra-se numa posição privilegiada para a deteção precoce e sinalização de situações complexas.

As consultas de saúde infantil e a vacinação representam áreas que enaltecem as intervenções de enfermagem autónomas, contribuem para o bem-estar da população pediátrica e dão visibilidade social à profissão. É extraordinariamente importante que o EE esteja desperto e sensível para estas áreas de intervenção.

### **3. Referências Bibliográficas**

Johns, C. (1999). Becoming a reflective. In Johns, C. (Coords). *Becoming reflective practitioner* (pp. 1-44). Oxford: Blackwell Publishing Inc.

## **Apêndice IXV**

Instrução de trabalho sobre admissão e acolhimento da  
criança/jovem/família no internamento de pediatria

LOGÓTIPO

DO

HOSPITAL

## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

### **Admissão e acolhimento da criança/jovem/família no internamento de Pediatria**

IT.ZZZ.XXX.00

#### **1. OBJECTIVO**

A presente instrução de trabalho pretende:

- Uniformizar a admissão da criança e família internada no serviço de Pediatria;
- Promover o estabelecimento de uma relação de confiança, de empatia, entre os pais/cuidadores e a equipa de saúde;
- Minimizar a preocupação e a ansiedade dos pais, frequente no momento da admissão da criança/adolescente;
- Valorizar e incentivar a participação dos pais/cuidadores nos cuidados à criança/adolescente.

#### **2. ÂMBITO**

Este procedimento aplica-se ao Serviço de Pediatria.

#### **3. DEFINIÇÕES**

O acolhimento é o ato de receber e atender os diferentes membros da família da criança/adolescente hospitalizado, procurando facilitar a sua integração no ambiente e promovendo a melhoria da prestação de cuidados. O bom acolhimento dos pais/cuidadores vai conduzir mais rapidamente a uma grande colaboração dos mesmos com a equipa de saúde, pois irão entender como podem ajudar. Os pais são elementos “chave” na prestação de cuidados à criança/adolescente.

#### **4. ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS**

Serviço de Urgência Pediátrica - SUped

#### **5. DESCRIÇÃO**

##### **5.1.1 CONTACTO PELO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Quando é decidido o internamento pela equipa médica do SUped, o Enfermeiro do SUped responsável pela criança deve contactar o serviço de Internamento de Pediatria para que seja decidida a vaga que a criança irá ocupar e para transmitir toda a informação relativa ao diagnóstico e estado actual da criança (estado geral, ultimo pico febril e antipirético administrado, dor e analgesia, último aerossol).

## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

**Admissão e acolhimento da  
criança/jovem/família no internamento de  
Pediatria**

IT.ZZZ.XXX.00

Caso o transporte da criança ainda possa demorar algum tempo, o Enfermeiro do Suped deverá realizar novo contacto para o serviço de Internamento de Pediatria no momento em que a Assistente Operacional fará o transporte para o serviço de Internamento para que a Equipa de Enfermagem do Internamento possa aguardar a sua chegada.

**5.1.2 ADMISSÃO NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**

Quando a Equipa de Enfermagem toma conhecimento do internamento de uma criança deve:

- Escolher a cama da criança/adolescente de acordo com a idade, diagnóstico e género;
- Preparar a unidade do doente de acordo com a patologia e as necessidades avaliadas;
- Escrever a identificação da criança no plano de cuidados do serviço;
- Elaborar o processo de Enfermagem no sistema informático *Glintt*;

Aquando da chegada da criança/adolescente ao serviço, o enfermeiro deve:

- Apresentar-se, referindo o seu nome;
- Disponibilizar informações gerais aos pais (Ver Anexo *Checklist* de admissão ao serviço de pediatria – Informação disponibilizada aos pais/cuidadores);
- Demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas/preocupações e para a expressão de sentimentos face à doença e hospitalização;
- Acomodar a criança e acompanhante na unidade destinada;
- Apresentar sumariamente o serviço;
- Explicar o material existente e a sua função (desmistificar e esclarecer os aparelhos de monitorização cardiorrespiratória, se necessários);
- Observar o estado geral da criança/adolescente;
- Avaliar Sinais Vitais;
- Informar pais/cuidadores dos principais sinais de agravamento da doença que motivou o internamento;
- Explicar as regras do serviço de Internamento de Pediatria, enfatizando normas de segurança e higiene necessárias;
- Realizar colheita de dados para avaliação inicial;
- Verificar que a criança tem pulseira de identificação e identificar a cama com identificador próprio;
- Colocar pulseira electrónica e registar o número da TAG no plano de cuidados;
- Identificar criança/adolescente com risco de queda ou alergia e explicar esse procedimento aos pais;

LOGÓTIPO

DO

HOSPITAL

## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

IT.ZZZ.XXX.00

### **Admissão no Serviço de Pediatria**

---

- Entregar impresso das necessidades e sinais de agravamento da doença;
- Incentivar os pais/cuidadores a participarem nos cuidados à criança/adolescente, consoante as situações, oferecendo-lhes orientações claras e perceptíveis;
- Proceder ao pedido da dieta de acordo com a informação colhida na Avaliação inicial e a prescrição médica.
- Administrar antibiótico precocemente;
- Administrar terapêutica de acordo com prescrições;
- Proceder aos registos e levantamento do processo de acordo com as indicações existentes e o diagnóstico que motivou o internamento.



## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

IT.ZZZ.XXX.00

### Admissão no Serviço de Pediatria

#### Anexo

<b>Acompanhantes e visitas</b>	
2 Acompanhantes por criança (apenas mãe e pai)	
Horário noturno só com 1 acompanhante (a partir das 20h30)	
Horário de visitas (18h30 – 19h30)	
Limite máximo de visitas por criança (1 visita + 1 acompanhante)	
Desaconselhar presença de crianças pequenas no internamento	
Crianças em isolamento não têm visitas (enviar mail recepção central)	
Identificação dos acompanhantes e visitas com pulseira respetiva	
Local de troca de acompanhante/visitas (Recepção central)	
<b>Regras de higiene e de segurança</b>	
Lavagem das mãos	
Prevenção de quedas	
Não circular pelos outros quartos/Não mexer nas outras crianças/Não colocar a criança em outras camas	
Respeitar indicações relativas ao isolamento (se aplicável)	
Informar equipa de enfermagem sempre que se ausentar do serviço	
<b>Material e equipamento</b>	
Utilização de banheiras	
Utilização dos estores	
Monitores cardiorrespiratórios e bombas infusoras	
Quarto arrumado (Uso de armários e mesinhas de cabeceira)	
Televisão desligada a partir das 22 horas	
Telemóvel sem som	
<b>O que pode trazer para o internamento</b>	
<u>Para a criança:</u> roupa confortável e/ou pijama e chinelos, material de higiene e de higiene oral, BSIJ, Boletim de vacinação, medicação que a criança faz no domicílio, exames recentes, brinquedos (Laváveis, guardados no quarto, evitando a partilha com as outras crianças)	
<u>Para os pais/cuidadores:</u> roupa confortável que não pijama, produtos de higiene e alimentação (disponibilizar frigorífico da copa)	
<b>Brincar/Acesso Internet</b>	
Disponibilizar sala de atividades	
Disponibilizar código de acesso à internet – (QAWSED.1)	
Uso do <b>Wc</b> – período banho preferencialmente no período das 08h30 às 12 horas e das 16h30 às 19 horas	
<b>Senha de refeição</b> para o almoço para <b>1</b> dos acompanhantes (caso período de permanência seja no mínimo 6 horas) – refeitório hospital piso 5 a partir das 14 h	
<b>Solicitação da presença enfermeiro</b> (uso de campainha e recorrência ao balcão de enfermagem)	
<b>Refeições das crianças</b>	
Horário habitual	
Local: sala de atividades (salvo exceções que justifiquem)	
Não é permitido trazer comida de casa para a criança, à excepção dos leites adaptados	
<b>Informações clínicas sobre a criança</b> – Visitas médicas durante a manhã	
<b>Declarações e Atestados</b> - Solicitar no momento que é informado da alta da criança e disponibilizar o cartão de identificação	

## **Apêndice XV**

Folheto informativo sobre vigilância de saúde e vacinação

**O cumprimento do Programa Nacional de Vacinação é muito importante!**

Lembre-se que o seu não cumprimento coloca a segurança do seu filho em causa, assim como de toda a sociedade, uma vez que coloca em risco a imunidade já conquistada contra algumas doenças.

Recordamos que algumas vacinas exigem a realização de várias doses (reforços). Deverá seguir a indicação dos profissionais de saúde. Só assim o seu filho estará devidamente protegido.

*Recordamos que as crianças não devem ser observadas pelos profissionais de saúde exclusivamente nos episódios de doença.*

*As vacinas protegem o seu filho de várias doenças e são uma importante medida de saúde pública!*



Irina Barros, aluna 5º curso Mestrado em Enfermagem Pós Licenciatura de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria



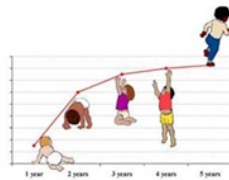
**Vigilância de saúde e vacinação**



Tel:

O acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento, por profissionais de saúde, permite diagnosticar precocemente qualquer alteração e ajustar procedimentos de acordo com as necessidades de cada criança.

A realização de **consultas regulares** permitem não só perceber se o seu filho está a atingir o peso e o comprimento habituais para a sua idade (**crescimento**), como perceber se adquire as competências esperadas para cada fase do seu **desenvolvimento** (segurar a cabeça, gatinhar, andar ...).



As consultas marcadas para o hospital, *não* excluem o seguimento pelo médico assistente ou pediatra da criança. Caso o seu filho fique com alguma consulta marcada ou agendada durante o internamento, essa informação ser-lhe-á facultada no momento da alta e será esclarecido(a).

Faça-se acompanhar do Boletim Individual de Saúde Infantil (rosa ou azul) do seu filho em cada consulta ou episódio de urgência.

Após um episódio de hospitalização no internamento de pediatria, ser-lhe-á entregue um relatório clínico e uma carta de alta de enfermagem, que deverá fazer chegar ao médico assistente/pediatra e enfermeira(o) do Centro de Saúde da sua área de residência. É importante que os profissionais de saúde que acompanham o crescimento e desenvolvimento do seu filho tenham conhecimento detalhado do episódio de doença e dos cuidados a ter para que o possam ajudar e esclarecer no futuro.

Tel: 218 218 218

## **Apêndice XVI**

Folheto informativo sobre prevenção de doenças e sinais de  
alarme na criança/jovem

Em caso de dúvida, procure esclarecimento e/ou apoio junto de profissionais de saúde.



#### Contatos Úteis

Hospital.

Linha Saúde 24: 808 24 24 22

*Lembre-se que ninguém conhece melhor o seu filho, por isso contamos consigo para que nos ajude a perceber qualquer alteração nele!*

**Siga as recomendações,  
ajude-nos a proteger o seu filho!**



Irina Barros, aluna 5º curso Mestrado em Enfermagem  
Pós Licenciatura de Especialização de Saúde Infantil e  
Pediatria

## Prevenção de doenças e sinais de alarme na criança/jovem

Hospital.



Internamento de Pediatria

Tel.:

Novembro, 2014

### Prevenção de doenças

As crianças, principalmente os bebés, têm uma maior fragilidade do sistema imunológico, o que as predispõe à possibilidade de contraírem doenças.

Seguem-se algumas medidas gerais que podem ajudá-lo a proteger o seu filho:

- A lavagem das mãos é uma medida simples e de extrema importância no combate às infeções! Deve fazê-lo antes e depois de lhe tocar.



- Tenha uma higiene rigorosa na preparação da alimentação do bebé (alimentos e utensílios).
- Evite o contato do bebé com pessoas "constipadas".
- Se a mãe/pai está constipada (o) deverá usar uma máscara de proteção, que lhe cubra a boca e o nariz, e reforçar a lavagem das mãos.
- Evite lugares com grandes concentrações de pessoas, como centros comerciais, transportes públicos ou hospitais, nomeadamente se o seu filho ainda for bebé.
- Não coloque a chucha do bebé na sua boca. A boca não é uma cavidade estéril e pode transmitir desta forma doenças às crianças. **Esterilize-a frequentemente.**

### Sinais de alerta

As doenças nas crianças manifestam-se das mais variadas formas, no entanto, existem alguns sinais/sintomas que deverá ter em consideração, nomeadamente, após um episódio de hospitalização:

- ✓ febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ),
- ✓ vômitos,
- ✓ diarreia,
- ✓ sinais de dificuldade respiratória (respiração ruidosa, lábios arroxeados, respiração mais rápida, "cavinhas" ao respirar),
- ✓ sinais de desidratação (palidez, olhos encovados/olheirentos, criança que não brinca),
- ✓ convulsão,
- ✓ alterações do comportamento.



## **Apêndice XVII**

Folheto informativo sobre desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida: principais competências do bebê e atividades promotoras do desenvolvimento

Lembre-se que:

O desenvolvimento infantil ocorre de forma descontínua, "por saltos". Cada criança é única, variando de uma criança para outra!

As crianças interagem a maior parte do tempo com os pais, e estes têm um importante papel como promotores de condições adequadas que facilitem o seu desenvolvimento.



**Brinque com o seu bebé, ajude-o desenvolver-se!**

**ATENÇÃO!**

*Estímulos a mais podem exigir para além da capacidade do seu bebé, por isso, informe-se com um enfermeiro sobre as possibilidades de desenvolvimento do seu filho!*



Irina Barros, aluna 5ª curso Mestrado em Enfermagem Pós Licenciatura de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria

Hospital.

Internamento de Pediatria

Tel:



**Desenvolvimento Infantil no 1º ano de vida:**

**Principais competências do bebé e atividades promotoras do desenvolvimento**

0-3 Meses

Tentativa de controlo da cabeça  
Fixa e segue objetos  
Mantém as mãos quase sempre abertas e brinca com elas  
Sorri  
Reage e vira-se em direção aos sons  
Boa resposta social à aproximação de uma cara familiar

Pendure um móbil de cores chamativas por cima do berço ou brinquedos pendentes que possa seguir  
Fale com ele, cante e dance  
Faça sons suaves com chocalhos, rocas, caixas de música, e observe a sua atenção.  
Mostre-lhe as suas próprias mãos,  
Ofereça-lhe objetos para segurar

3-6 Meses

Controla os movimentos da cabeça  
Mantém-se sentado sem apoio  
De barriga para baixo, apoia-se nas mãos e de pé, faz apoio  
Olha ,segura os objetos e transfere-os  
Esquece o objeto quando este cai  
Reage aos sons e vocaliza  
É ativo, atento e curioso

Ofereça objetos e ajude-o a passá-los de uma mão para a outra  
Estimule-o para que se sente sozinho, ajudando com apoios laterais  
Repita os sons que ele emite  
Proporcione brincadeiras em tapetes de atividades  
Ponha-o à frente do espelho, deixando-o a falar e a sorrir com ele próprio

6-9 Meses

Senta-se sozinho e tem equilíbrio  
Gatinha  
Põe-se de pé, com apoio  
Aponta com o dedo indicador e faz pinça  
Atira os objetos propositalmente para o chão e procura-os  
Leva os objetos à boca  
Repete sílabas e sons de adultos  
Reconhece e reage a estranhos  
Mastiga

Incentive-o a colocar-se em pé  
Chame os objetos pelo nome  
Ensine-o a colocar os objetos fora e dentro de uma caixa  
Ofereça-lhe diferentes texturas para experimentar  
Brinque ao tapar e destapar o rosto ("cucu")  
Brinque de bater palmas e acenar  
Imite sons de animais e objetos com mímica e pega-lhe para o fazer

9- 12 Meses

Tem equilíbrio sentado  
Gatinha  
Põe-se de pé com apoio  
Segura nos brinquedos com as duas mãos  
Responde à voz  
Brinca e interage  
Reconhece o nome e vira-se  
Compreende ordens simples  
Colabora a vestir  
Demonstra afeto

Incentive-o a realizar tarefas simples e dê-lhe reforço positivo após (elogie, palmilhas, ..)  
Incentive-o a verbalize o nome do objeto que quer  
Permita que o seu bebé tome algumas decisões  
Mantenha a segurança ao seu redor (atenção aos acidentes)  
Reaja com calma e firmeza às birras  
Impor regras e limites (não cede a

## **Apêndice XVIII**

Folheto informativo sobre desafios à parentalidade

#### Conselhos práticos:

- Tenha sempre tempo para o seu filho
- Preocupe-se com a qualidade desse tempo
- Saiba dizer-lhe que Não!
- Procure ser consistente nas decisões que toma
- Procure dar reforço às atitudes dele (Positivas ou negativo) (distinguir o Bem e o Mal)
- Esteja presente nas consequências dos seus atos
- Dê o exemplo, as crianças reproduzem aquilo que os pais fazem. Seja o seu modelo ideal
- Elogie as boas acções do seu filho e os seus avanços

*Educar é ajudar o seu filho a reconhecer as suas qualidades e os seus limites!*



**A educação contribui para o desenvolvimento harmonioso do seu filho.**

#### HOSPITAL

Internamento de Pediatria

Tel:

### Desafios à Parentalidade



**Irina Barros, aluna 5º curso  
Mestrado em Enfermagem Pós  
Licenciatura de Especialização de  
Saúde Infantil e Pediatria**

## Desafios à parentalidade

A relação estabelecida entre pais/cuidadores e filhos é fundamental para o desenvolvimento afectivo, pessoal e social da criança.

As rotinas, regras bem definidas e compreendidas por todos, a crescente autonomia das crianças são pontos essenciais daquilo que designamos como Educar.

É importante que os pais entendam que o amor e a educação são complementares.

Educar os filhos não é uma tarefa fácil, Mas por pior que tenha sido o dia, não deixe de ter poucos minutos com ele (s) para falarem do dia, estimulando-lhes o espírito de critica construtiva, o estabelecimento do conhecimento mútuo.



Muitos de nós sentem-se culpados pela falta de disponibilidade de partilha e “caem na armadilha” da permissividade.



Estas dificuldades são sentidas por todos!

A destruição do contrato estabelecido entre todos pode levar, no futuro, a adolescentes/adultos com dificuldade nas relações inter sociais, problemas de ansiedade, de depressão, de angústia, de frustração.

Sentimentos estes que acarretam grande insegurança e problemas importantes também no mercado laboral.

## **Apêndice XIX**

Jornal de aprendizagem: Estágio no internamento de  
pediatria

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIDADE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

**Contexto de Estágio – Internamento de Pediatria**

# Jornal de Aprendizagem

Docente Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Discente: Irina Barros, nº 5468

Lisboa, 2015

## **1. Enquadramento e justificação da atividade**

A necessidade de realização do presente trabalho surge no âmbito do estágio no internamento de pediatria de forma a dar a conhecer as experiências e vivências mais relevantes nesse contexto e porque acreditamos que este representa uma ferramenta fundamental para a tomada de consciência das aprendizagens desenvolvidas. Face ao exposto, apresentamos uma reflexão estruturada, tendo sido utilizado o modelo de Johns (1999) a partir da descrição de algumas situações concretas de cuidados.

## **2. Reflexão**

### *Descrição*

Pensamos que seria importante começar por descrever a perceção geral que tivemos do contexto e da experiência de estágio. O mesmo aproximou-nos de uma realidade profissional completamente diferente da nossa, quer quanto à organização física do serviço (enfermaria), como quanto às idades das crianças/jovens e à natureza das patologias que motivaram o internamento. Também porque encontramos pais muito mais conhecedores dos seus filhos comparativamente à realidade profissional numa neonatologia.

O internamento de pediatria apresenta ótimas instalações (novas) e uma equipa de enfermagem relativamente nova e motivada. O ambiente do serviço é atrativo, tipicamente infantil, decorado e iluminado, existindo preocupação em proporcionar um ambiente acolhedor, seguro, terapêutico e estimulante às crianças e pais (como já descrito no relatório). No entanto, verificamos que não existe uma equipa socioeducativa que apoie as crianças internadas, nem um programa de estimulação lúdica com actividades adequadas à idade e estágio de desenvolvimento das crianças.

A filosofia de cuidados de enfermagem da equipa valoriza o respeito pelas preferências e hábitos diários da criança/família, o que se reflete numa maior flexibilidade de atuação, minimizando-se a existência e o impacto das rotinas hospitalares. É uma preocupação da equipa que os pais sejam envolvidos e parceiros no cuidar da criança durante todo o internamento.

Pude constatar que existe uma grande preocupação em respeitar o espaço físico que representa o quarto da criança, reservando os momentos de procedimentos invasivos e dolorosos unicamente para a sala de tratamentos, à excepção das situações em que a

criança não se possa deslocar até lá, pela própria situação clínica. Na realização de procedimentos, foi sempre incentivada e negociada a presença dos pais/cuidadores, sendo esclarecida a importância da sua presença e dadas indicações claras do papel que podiam desempenhar junto da criança/jovem. A equipa revelou alguma preocupação quanto à minimização do impacto dos procedimentos, recorrendo a algumas estratégias, nomeadamente o recurso à música infantil, reforço positivo e negociação, oferta de medalhas e diplomas e recurso a medidas não farmacológicas de controlo e alívio da dor como a sacarose e a sucção não nutritiva.

Neste estágio foi muito evidente a importância da documentação dos cuidados de enfermagem prestados, mediante o recurso a linguagem CIPE e a utilização do *software* informático Glintt. A equipa revela uma grande preocupação quanto à documentação através da realização de registos detalhados e fiéis a todas as intervenções de enfermagem desenvolvidas, nomeadamente as intervenções autónomas da profissão, como as promotoras do apoio educacional aos pais (educação para a saúde), dando evidência à importância do papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar. Constatamos que a equipa tem consciência de que os registos efetuados permitem a definição dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. No entanto, na prática, este investimento resulta em menor tempo e disponibilidade para a prestação direta de cuidados à criança e família. O que verificamos é que para que a prestação direta de cuidados não saia prejudicada os elementos da equipa saem frequentemente após a sua hora habitual para efetuar esses registos.

Constatamos que a prestação de cuidados de enfermagem decorre de forma muito uniforme entre todos os elementos da equipa porque por um lado os aspetos relativos aos cuidados são discutidos em equipa informalmente e também, significativamente, porque existe um enorme trabalho documental de normas, procedimentos e instruções de trabalhos, desenvolvidos pela equipa, cujo EESCJ e chefia foram os principais impulsionadores.

A escassez de recursos humanos face ao número e complexidade de cuidados de crianças/jovens hospitalizados, é uma realidade atual e transversal à maioria dos contextos profissionais, o que conduz a um rácio indesejável, potenciador do erro. Nas situações pontuais em que os elementos de enfermagem se revelaram insuficientes, constatamos que de todas as intervenções desenvolvidas, as que são descoradas são as

referentes às intervenções autónomas de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito à capacitação e *empowerment* parental.

Verificamos com alguma frequência a existência de crianças sem um acompanhamento regular de saúde, recorrendo os pais aos serviços de saúde, nomeadamente ao hospital, em situações agudas de doença. Infelizmente também já começa a ser cada vez mais frequente, os internamentos por motivos socioeconómicos e destacaríamos a incapacidade dos pais suportarem determinado tratamento ou de adquirirem por exemplo um aparelho de aerossol ou câmara expansora e de crianças com esquemas de diversificação alimentar cada vez mais precoces como a introdução de leite de vaca nos primeiros meses de vida.

A prestação direta de cuidados neste contexto de estágio permitiu-me identificar crianças com comportamentos desafiadores e que põem à prova o exercício do papel parental. Referimo-nos a crianças sem regras ou limites que perante alguma contrariedade ou frustração, protestam agressivamente mediante as chamadas “birras”, gritos, pontapés e/ou emissão de objetos/brinquedos. Observamos que habitualmente o seu foco de atenção está dirigido aos pais/cuidadores, no entanto, aos profissionais de saúde também se levantam muitos desafios sempre que tentam envolver a criança em qualquer atividade, como por exemplo na colaboração para a toma de medicação, avaliação de sinais vitais ou realização de aerossol. Também foi esclarecedor perceber que maioritariamente os pais destas crianças acabavam por ceder em todas as vontades das mesmas, mesmo reconhecendo não ser o mais adequado, na tentativa de evitar os comportamentos desadequados das mesmas. Neste sentido, estes pais caracterizam-se por agir em função das vontades da criança sem exercerem qualquer tipo de autoridade sobre as mesmas.

### *Sentimentos*

As exigências profissionais, institucionais e de cuidados dos serviços de saúde representam cada vez mais um desafio à capacidade de resiliência e de superação dos enfermeiros. Neste contexto de estágio, à semelhança de todos os outros, podemos constatar pessoalmente o sentimento de incapacidade de resposta a todas as solicitações que nos são exigidas. Face ao exposto, é visível nas equipas, nas situações de picos de trabalho, algum sentimento de desesperança, frustração e mesmo de cansaço e exaustão física e psicológica. No entanto, verificamos que maioritariamente se recorre ao humor

e à brincadeira para se lidar com estas situações pois existe consciente ou inconscientemente a ideia de que deverá prevalecer a qualidade da assistência à criança/família e que todos os fatores que atualmente desmotivam os profissionais não deverão sobrepor-se aos anteriores.

O momento de admissão da criança/jovem no internamento representa para os pais um enorme desafio (o que foi comum a todos os contextos de estágio hospitalar). Podemos constatar que maioritariamente encontram-se visivelmente vulneráveis, ansiosos, tristes, preocupados e impacientes. Muitas vezes, mesmo que não expressos verbalmente, esses sentimentos, são perceptíveis quer pela expressão facial preocupada, pela postura, o tom de voz, a agitação psicomotora, entre outros. Depois consoante a sua capacidade de resiliência, uns adaptam-se e superam mais rapidamente, começando a estabelecer relações de confiança com os elementos da equipa, o que lhes confere mais segurança e estabilidade emocional, também à medida que percebem a melhoria do estado de saúde do seu filho. Verificamos que nas situações de crianças com doenças crónicas ou crianças com internamentos anteriores recentes, esses pais e crianças estavam “aparentemente” mais adaptados ao internamento, provavelmente por não se tratar de uma situação desconhecida e por já conhecerem a equipa e o contexto, o que representa menos stressores.

Este período de estágio possibilitou-nos o contato com pais de crianças com doenças crónicas, algumas raras e incapacitantes, com deficits importantes de crescimento e desenvolvimento. Não podemos deixar de exprimir que aprendemos imenso com estes pais e que a relação que estes estabeleciam com os seus filhos nos sensibilizou e a nosso ver representa a verdadeira essência do amor por um filho, capaz de superar todas as dificuldades e desesperanças pontuais.

### *Análise*

O contato que este estágio nos possibilitou com crianças de diferentes idades e estádios de desenvolvimento foi um dos aspeto mais significativos e motivadores que identificamos. Por outro lado, contribuiu para desenvolvermos competências comunicacionais e relacionais adaptadas às mesmas o que nem sempre é fácil. Encontramos também pais muito diferentes dos que “conhecíamos” na nossa realidade profissional. Pais verdadeiramente conhecedores e peritos quanto aos seus filhos, aos seus hábitos, preferências e comportamentos. Vários exemplos nos surgiram nesse

período: pais que sabem como os seus filhos respondem à medicação, se o paracetamol é mais eficaz que o ibuprofeno, que identificam precocemente sinais de febre pelo comportamento da criança, pais que sabem que a criança não gosta daquela tetina mas antes da outra ou que a temperatura da água do banho não está ao seu gosto. É essencial que o EESCJ esteja desperto para estes aspetos e disponível para ouvir e receber essa informação dos pais, valorizando-a e adaptando os seus cuidados e intervenções.

De fato, a consciência de que os pais são os peritos quanto à criança e que a família é indissociável à criança vai de encontro à filosofia dos cuidados centrados na família, tão importantes em enfermagem pediátrica. Acreditamos de fato que o envolvimento dos pais ajuda a manter o lugar da criança (e dos pais) na família.

No entanto, não poderíamos deixar de ressaltar que estes pais são naturalmente mais desafiadores e menos recetivos em acatarem as solicitações da equipa, nomeadamente no que diz respeito à alteração de hábitos ou comportamentos de saúde menos adequados da criança pois é mais difícil intervir no sentido de mudar comportamentos. Ao EESCJ compete a sensibilidade de intervir no sentido de os consciencializar dos benefícios dessa mudança para a saúde da criança, evitando juízos de valor, que coloquem em causa o desempenho do seu papel parental.

Consideramos fundamental que a criança/jovem se sinta seguro no seu espaço de repouso durante o internamento. Neste sentido, o princípio de reservar a realização de procedimentos dolorosos/invasivos num espaço destinado a tal parece-nos adequada pois a criança percebe que aquele espaço (só seu) não será “invadido”, o que é organizador. Na maioria das situações, os pais/cuidadores quiseram estar presentes durante a realização de procedimentos na sala de tratamentos (colheitas de sangue, colocação de cateteres, entubações ...), no entanto, sempre que os mesmos expressaram verbal ou comportamentalmente dúvida ou renitência quanto à sua presença, e após serem esclarecidos da importância para a criança e como poderiam colaborar, foi respeitada a sua vontade. Pontualmente, esse pai/cuidador foi substituído por outro, também significativo para a criança.

Estudos indicam que quando diferentes stressores ocorrem simultaneamente, interagem entre si, passando a ter um efeito cumulativo. O conhecimento adquirido alarga a compreensão e interpretação do comportamento das crianças. Neste sentido, se é sabido que por si só a realização de um procedimento invasivo é um stressor para a criança, a não possibilidade de permanência dos pais nesse momento, irá potenciar o stress vivido

e experimentado pela mesma. Quanto mais pequena for a criança, maior o risco, uma vez que a capacidade de se (re) organizar é menor. Este conhecimento abriu portas a uma intervenção de enfermagem favorecedora de cuidados não traumáticos. Neste sentido, a prevenção ou minimização da separação criança/pais/família, foi ao encontro à filosofia dos cuidados centrados na família.

O EESCJ exerce um papel dinamizador da equipa no sentido de a motivar para a importância da documentação dos cuidados de enfermagem e de a esclarecer quanto à sua correta operacionalização. Nesse sentido, os processos de enfermagem são auditados com alguma regularidade. Os resultados dessas auditorias são comunicados à equipa, nomeadamente os erros mais frequentemente identificados, com vista a se alcançar a melhoria dos processos que possibilitem uma maior visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados. De igual forma, também são valorizados e elogiados os aspetos positivos.

A exigência da prática de cuidados nem sempre possibilita aos enfermeiros espaços de reflexão que lhes permitam compreender a importância das suas intervenções. Nesse sentido, ressaltamos a importância do EESCJ como dinamizador e impulsionador dessa reflexão, frequentemente de uma forma informal, como no momento das passagens de turno; foi o que constatamos neste estágio. Com uma abordagem de proximidade aos elementos da equipa, foram discutidas questões relacionadas com a importância de preparar os pais para o regresso a casa em variados aspetos e enaltecidas as vantagens, inclusive para os serviços de saúde com diminuição da recorrência dos pais aos mesmos, e de o mesmo ficar devidamente documentado.

O contato diário com as crianças/jovens, pais e famílias, neste contexto, permitiu-nos constatar que são cada vez mais frequentes as dificuldades sociais e económicas da população que conduzem à pobreza e exclusão social e que, conseqüentemente, conduzem a um aumento das desigualdades, nomeadamente em áreas mais sensíveis, como é o caso da área da saúde. Na realidade, as crianças e jovens que se enquadram nestes padrões estão mais vulneráveis a sofrerem de conseqüências, diretas ou indiretas, na sua saúde, quer seja pela ingestão alimentar ou vestuário inadequados, ou por outro lado, pela procura desadequada aos serviços de saúde (lei dos cuidados inversos), o que limita o acesso aos cuidados preventivos de saúde acrescido à dificuldade na acessibilidade e deslocação aos mesmos.

Toda esta conjuntura conduz a situações de crianças com alterações do crescimento e desenvolvimento (dadas as carências nutricionais), com maior propensão a desenvolverem doenças infecciosas e contagiosas (por défices imunológicos relacionados), que se agravam perante situações de crianças com esquemas vacinais em atraso ou que vivem em habitações com saneamento precário, entre outras. É crucial que o EE tenha uma abrangência de pensamento e de análise que englobe toda a complexidade destas situações e que as integre conscientemente nas suas intervenções junto de cada família e criança, caso a caso.

Torna-se ainda compreensível a eventual exclusão social associada à doença crónica/rara/deficiência se tivermos em conta o isolamento social e escolar destas crianças/jovens, as suas transformações, diferenças e limitações físicas e/ou cognitivas e as dificuldades no acesso futuro ao mercado de trabalho. A título de exemplo, o absentismo escolar e a impossibilidade de práticas extracurriculares e lúdicas com os pares conduzem a esta exclusão. Também poderíamos analisar do ponto de vista dos pais cuidadores e perceber a escassez de recursos comunitários que os ajudem e possibilitem a manutenção de uma vida profissional e social ativa aliada ao desempenho do papel de pai de um filho diferente.

Tivemos oportunidade de conjuntamente com a enfermeira de referência refletir sobre as situações de permissividade dos pais, tão frequentes durante o período de estágio. A nossa intervenção como futuras EESCJ centrou-se em consciencializar os pais das consequências futuras para a criança, do ponto de vista do relacionamento social uma vez que a sociedade exige que nos relacionemos uns com os outros e estas crianças tendem a esperar dos outros uma atenção contínua e a não saber aceitar a frustração de um desejo, reagindo de forma impaciente e agressiva (esta preocupação conduziu-nos à realização de uma das atividades de estágio descritas no corpo do relatório).

### *Avaliação*

Os cuidados e as intervenções desenvolvidas tiveram sempre como base a preocupação quanto à preparação progressiva dos pais para o momento do regresso a casa, valorizando-se as competências/capacidades/conhecimentos, prévios e desenvolvidos, pelos pais e criança/jovem.

As intervenções desenvolvidas tiveram a intencionalidade de promover a parceria de cuidados à criança, ir ao encontro dos cuidados centrados na família e o respeito e valorização pelos cuidados não traumáticos.

### *Conclusão*

A realização deste estágio, numa área tão diferente do nosso contexto profissional, constituiu uma experiência enriquecedora e permitiu-nos alargar os conhecimentos técnicos, científicos e comunicacionais dentro do âmbito da saúde infantil e pediátrica. Possibilitou-nos o contato com criança de diferentes idades e em diferentes fases do desenvolvimento, o que para além de desafiador se revelou uma fonte infindável de conhecimentos, obrigando-nos a planear e adaptar as intervenções em função dessas características.

Consideramos essencial a prestação de cuidados não traumáticos, com vista a promover a prevenção ou eliminação da dor física e psicossocial, preparando antecipadamente a criança e família, de modo a diminuir o impacto do contexto hospitalar ou de qualquer procedimento a realizar. Neste sentido, despertaram-nos novas formas de promover estes cuidados, de guiar os pais para o que podem fazer e como o querem fazer, fazendo recurso a técnicas distrativas que a criança mais valorize, por exemplo. Adequamos as nossas intervenções e os nossos comportamentos junto deles, com a consciência e conhecimento presente dos stressores que se apresentavam individualmente a cada criança, de acordo com o seu estadio de desenvolvimento e experiências anteriores (por exemplo, crianças com doenças crónicas com múltiplos internamentos ou crianças com situação de doença aguda pontual).

Para que na prática os enfermeiros consigam desenvolver cuidados individualizados, deverão ter sempre presente que os pais são os peritos sobre aquela criança em particular, na medida em que são quem melhor conhece a criança, os seus hábitos, preferências e necessidades.

### **3. Referência Bibliográfica**

Johns, C. (1999). Becoming a refletive. In Johns, C. (Coords). *Becoming refletive practitioner* (pp. 1-44). Oxford: Blackwell Publishing Inc.

## **Apêndice XX**

Principais motivos de procura do serviço de urgência  
pediátrica por pais de RN – Dados de Dezembro de 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIDADE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

**Contexto de Estágio – Serviço de Urgência Pediátrica**

**Principais Motivos de Procura do  
Serviço de Urgência Pediátrica por  
Pais de Recém Nascidos  
Dados de Dezembro de 2014**

Docente Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Discente: Irina Barros, nº 5468

Lisboa, 2015

## 1. Enquadramento e justificação da atividade

O presente documento visa documentar o resultado dos dados obtidos referentes às triagens realizadas no serviço de urgência pediátrica da instituição em que o estágio decorreu. A recolha dos dados foi efetuada através da colaboração da equipa de informática e da enfermeira de referência da referida instituição hospitalar. Os dados apresentados serão identificados mediante a nomenclatura do Sistema de Triagem de Manchester.

## 2. Apresentação dos resultados

Foram analisados os dados relativos ao mês de Dezembro de 2014, num total de 19 episódios de urgência. As idades dos recém-nascidos variaram entre os 3 e os 22 dias de vida. Ressalvamos que um dos RN apresentou no período analisado dois episódios de urgência e que dois episódios de urgência são relativos a RN que tiveram alta da maternidade em menos de 24 horas. De seguida, apresentamos os resultados encontrados, mediante esquematização gráfica.

Gráfico 1: Distribuição dos RN por fluxograma de decisão

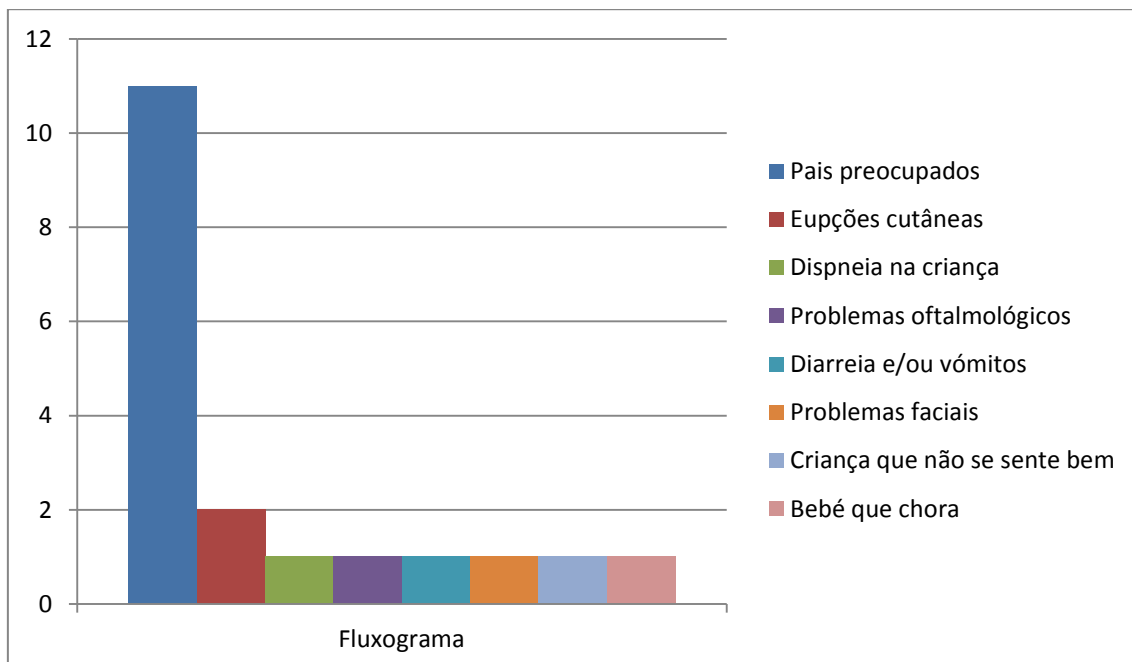


Gráfico 2: Distribuição dos RN por queixas que motivaram a procura ao serviço de urgência

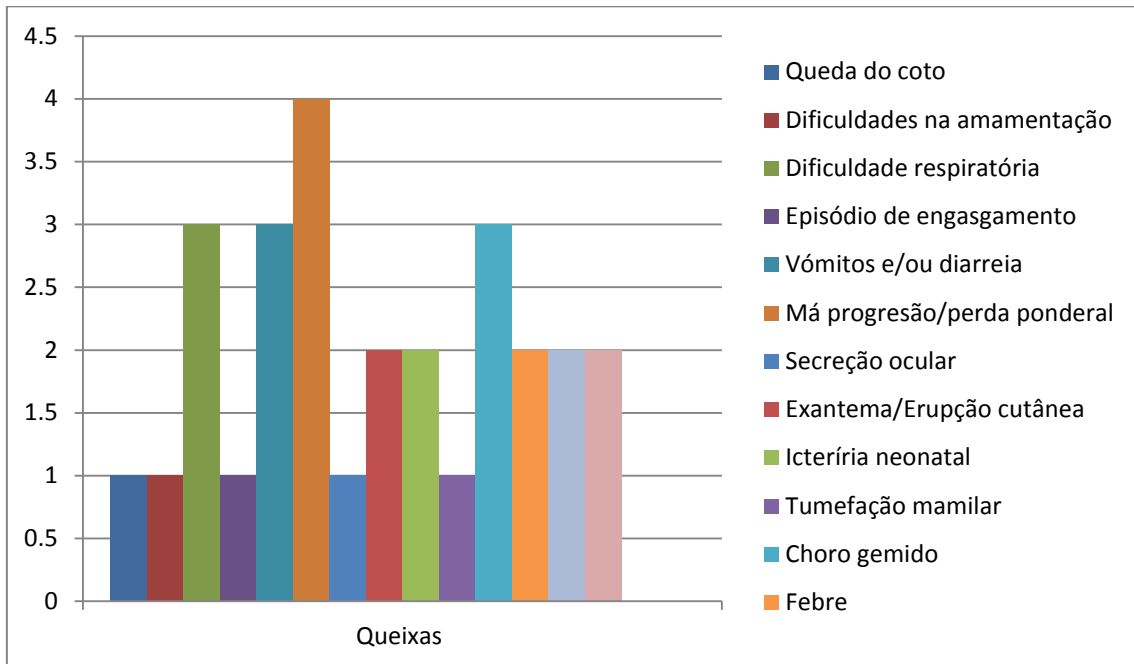


Gráfico 3: Distribuição dos RN por sexo

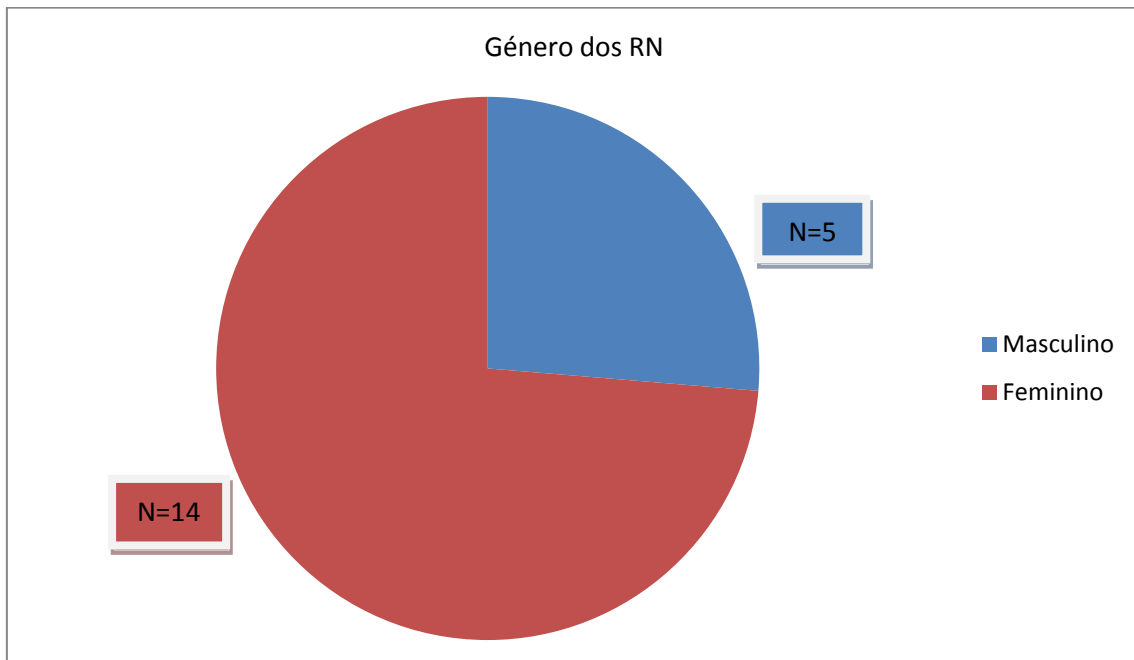


Gráfico 4: Distribuição dos RN por origem de referência ao Serviço de Urgência Pediátrica

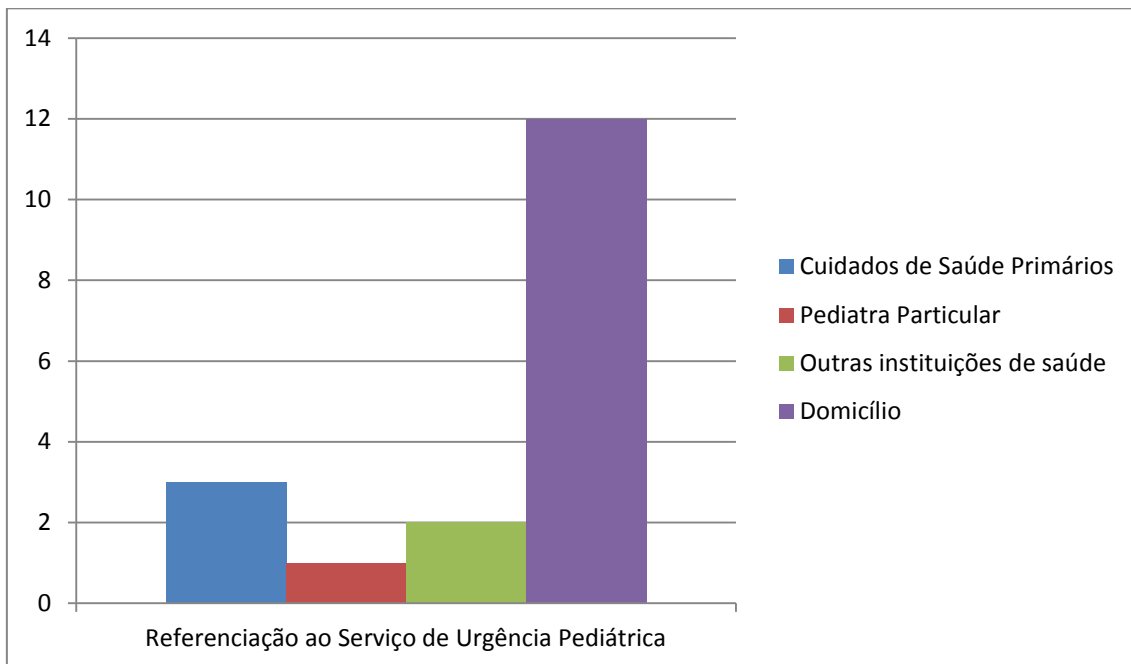
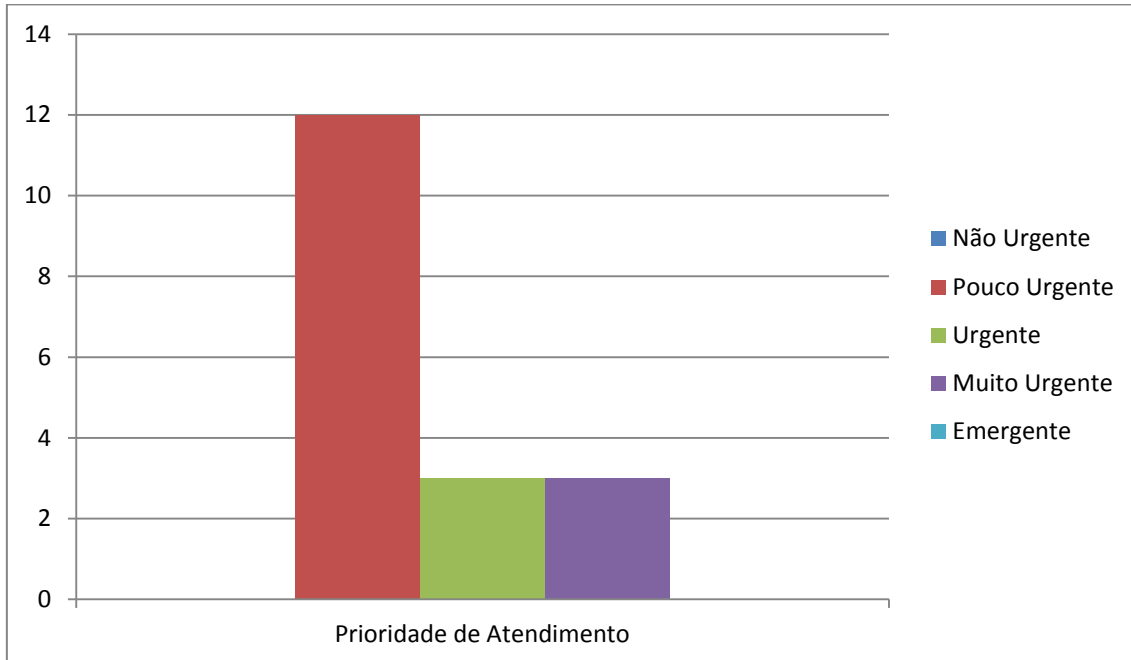


Gráfico 5: Distribuição dos RN por prioridade de atendimento atribuída



### 3. Análise dos resultados

Os resultados apresentados revelam que a maioria dos episódios de urgência de RN neste contexto de estágio, à semelhança com a realidade nacional (Ratola, A., Machado,

M., Almeida, A., Pio, D. & Almeida, S., (2013); Cunha, J., Nunes, F., Nunes, M. & Azeredo, P., 2007) não representam critérios de urgência clínica, tendo justificado maioritariamente uma prioridade pouco urgente. A grande maioria das situações prendeu-se com situações benignas de saúde do RN o que ressalva a necessidade de apoio, suporte e preparação destes pais para a transição vivida, nomeadamente do ponto de vista emocional e educacional, o que ressalva a importância da intervenção do EESCJ junto destes pais e uma articulação e encaminhamento adequados com os recursos existentes na comunidade, nomeadamente os cuidados de saúde primários.

#### **4. Contributos para a aquisição de competências**

É fundamental que os enfermeiros identifiquem as necessidades de cuidados de saúde das crianças/jovens e pais que recorrem aos serviços de saúde de forma a estarem sensibilizados e despertos para as intervenções que possam minimizar essas necessidades e promover uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. O EESCJ deve procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, assim como implementar um plano de saúde em parceria que seja promotor da parentalidade, neste sentido, consideramos que a realização desta atividade pode representar um importante contributo a esse nível e foi fundamental para o desenvolvimento destas competências.

#### **5. Referências Bibliográficas**

- Cunha, J., Nunes, F., Nunes, M., Azeredo, P. (2007). Recém-nascidos na urgência pediátrica hospitalar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38,6, 235-240.
- Ratola, A., Machado, M., Almeida, A., Pio, D., Almeida, S. (2013). Recém-nascido no Serviço de Urgência – Casuística do ano 2011 de um Centro Hospitalar. *Nascer e Crescer*, 23, 1, 12-16.

## **Apêndice XXI**

Sessão de formação sobre transição para a parentalidade

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIDADE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

**Contexto de Estágio – Serviço Urgência Pediátrica**

Sessão de formação

Transição para a Parentalidade em  
contexto de Neonatologia: apoio  
educacional e emocional como  
intervenção terapêutica de enfermagem

Docente Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Discente: Irina Barros, nº 5468

Lisboa, 2015

## 1. Enquadramento e justificação da atividade

A necessidade de realização desta sessão emergiu da necessidade de dar a conhecer à equipa de enfermagem do contexto de estágio o trabalho que se estava a desenvolver e os conceitos chave e teorias que o suportam, assim como, identificar os principais motivos de procura do serviço pelos pais de recém-nascidos e refletir sobre o apoio e suporte disponibilizado pelos enfermeiros aos mesmos durante o seu processo de transição. Neste sentido, foram definidos os seguintes objetivos:

**Objetivo Geral:** Sensibilizar os enfermeiros para a importância do suporte e apoio educacional e emocional aos pais de recém-nascidos que recorrem ao serviço de urgência pediátrica

### **Objetivos Específicos:**

- Desenvolver o conceito de parentalidade e a teoria das transições de Meleis
- Identificar os problemas mais comuns que motivam os pais de RN a recorrer ao serviço de urgência daquele contexto
- Valorizar a importância da intervenção do enfermeiro no SUPed como educador e apoio emocional aos pais destes RN
- Refletir sobre as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade no serviço de urgência

## 2. Planeamento

Foi realizada pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas tendo-se selecionado artigos de evidência científica preferencialmente dos últimos 10 anos sobre o tema, de forma a compilar informação científica e atual que sustentasse a apresentação. De igual forma, consultaram-se ainda alguns documentos oficiais emitidos pela OE e bibliografia relativa à teoria das transições de Meleis. Após leitura e análise desse material, elaborou-se a apresentação em *powerpoint* que apresentamos posteriormente.

A divulgação da sessão foi realizada informalmente através da informação presencial e verbal aos colegas dias antes da sua realização. Planeou-se a realização fracionada de duas sessões, nos momentos seguintes às passagens de turno, de forma a se assegurar uma maior adesão e participação da equipa, evitando-se deslocações ao serviço unicamente com o objetivo de presença na sessão.

O grupo de trabalho foi constituído pela Enf.<sup>a</sup> Irina Barros, Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo, Enf.<sup>a</sup> de referência e Enf.<sup>a</sup> Chefe do serviço, tendo sido a Enf.<sup>a</sup> Irina Barros a formadora da sessão. O conteúdo e o resultado da apresentação em *powerpoint* foram disponibilizados aos restantes elementos do grupo de trabalho e ajustados de acordo com as suas sugestões. Os destinatários da sessão foram os elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica da instituição.

### 3. Execução

As sessões decorreram no serviço de urgência pediátrica, a 14 e 15 de Janeiro de 2015 e tiveram uma duração de cerca de 40 minutos cada. Os métodos pedagógicos utilizados foram o expositivo e o participativo (discussão/reflexão). Apresentamos em seguida o plano da sessão e, posteriormente, a apresentação em *powerpoint* que serviu de suporte à realização desta atividade.

<b>Fases da Sessão</b>	<b>Conteúdo Programático</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação da formadora, do tema e percurso desenvolvido, objetivos e sumário da sessão	Expositivo	Data show	5´
<b>Desenvolvimento</b>	Conceito de parentalidade e funções da parentalidade Teoria da transição de Meleis Problemas mais comuns que motivam os pais de RN a recorrerem ao SUPed (levantamento de dados da instituição e estudos nacionais) Intervenções de	Expositivo	Data show	15´

	enfemagem			
<b>Conclusão</b>	<p>Discussão e reflexão sobre a prática de cuidados no SUPed</p> <p>Síntese da sessão</p> <p>Referências bibliográficas</p> <p>Esclarecimento de dúvidas</p> <p>Avaliação da sessão</p>	<p>Interrogativo</p> <p>Participativo</p> <p>Expositivo</p>	<p>Data Show</p> <p>Questionário de avaliação</p>	20´

**ESEL**

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Contexto de estágio  
Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital.

**TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE EM CONTEXTO DE NEONATOLOGIA:**  
APOIO EDUCACIONAL E EMOCIONAL COMO INTERVENÇÃO TERAPÉUTICAS DE ENFERMAGEM

Docente Orientadora: Prof. Dr.ª Paula Diogo  
Enfª Referenciada: M. S.

Janeiro de 2015 Irina Barros, nº 546B

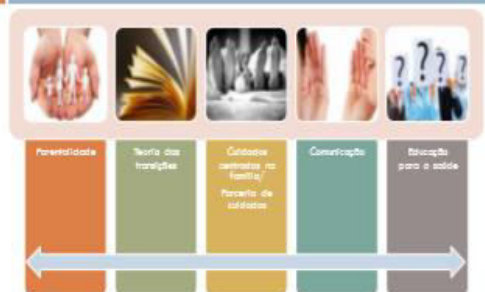
### SUMÁRIO

- ☐ Justificação da escolha do tema e cronograma de atividades
- ☐ Transição para a parentalidade e parentalidade
- ☐ Teoria das transições de Meleis
- ☐ Problemas mais comuns que motivam os pais de RN a recorrer ao Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital
- ☐ Evidência científica: RN na Urgência Pediátrica Hospitalar
- ☐ Intervenções de Enfermagem

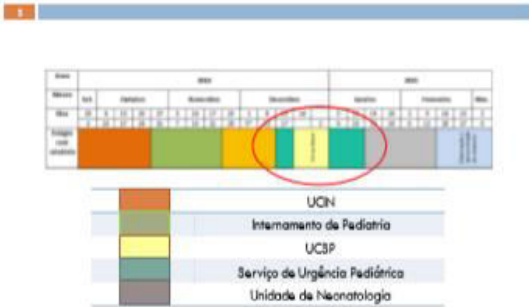
### JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO TEMA



### QUADRO CONCEPTUAL



## O PERCURSO TRAÇADO CRONOGRAMA DE ATIVIDADES



6 TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

- O termo parentalidade provém do latim *parentis* e é definido como um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicofectiva, permitindo a dois adultos que se tornem pais, ou seja, que sejam capazes de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas dos(s) filho(s) (Baynt, 1999, cit. Bayle, 2006).
- É o "conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade", de forma a que sejam capazes de assegurar diferentes funções (Cruz, 2005, p. 13).

## FUNÇÕES DA PARENTALIDADE



- A transição para a parentalidade é o mais importante acontecimento de desenvolvimento na vida adulta, torna-se mãe e pai envolve a transferência de uma realidade conhecida e atual para uma desconhecida e nova. Esta transição requer metas de reestruturação, comportamentos e responsabilidades para alcançar uma nova concepção do self (Marece, 2010).



O sucesso da parentalidade intervirá no nível da promoção da saúde e bem-estar da criança, denotando-se que a sua ausência ou alteração, pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no aparecimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage, Everett & Tullock, 2006).

10 TEORIA DAS TRANSIÇÕES

Transição é "um período de tempo entre a passagem de um estado estável para outro estado estável [...] desencadeado por eventos críticos [...] em que o enfermeiro pode (e deve) intervir para retomar a estabilidade da pessoa (Meleis, 2005).



(Melois et al., 2000)

- A transição para a parentalidade é o processo de transformação individual, conjugal e social (Ramos, 2002), através do qual os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na vida da criança (Schumacher & Melois, 1994; Melois et al., 2000)
- Brias transições podem conferir momentos de crise para a família, mas também oportunidades de aprendizagem de desenvolvimento individual e familiar (Melois et al., 2000).
- A transição não é apenas uma passagem ou movimento mas também um tempo de reorganização e/ou transformação interna.

FATORES QUE INTERFEREM NO PROCESSO DE PARENTALIDADE

- O significado que a parentalidade tem para os pais (por ex., grandes planeadas, desejada, acidental, história prévia de tratamentos de infertilidade...)
- As crenças e as atitudes
- O estatuto socioeconómico (situações com baixo estatuto são mais propensas a apresentar sintomas psicológicos podendo atuar como fator inibidor durante a transição)
- A preparação e o conhecimento (informação relevante obtida através de profissionais de saúde ou outras fontes de informação (autóctona ou contrastófica))
- A comunidade e a sociedade (o suporte familiar, os modelos que os pais poderão ou não possuir (assim como as redes de apoio), o nível socio-educacional e cultural a que os pais pertencem, além do estereótipo de comportamentos estereotipados).

(Melois, 2010)



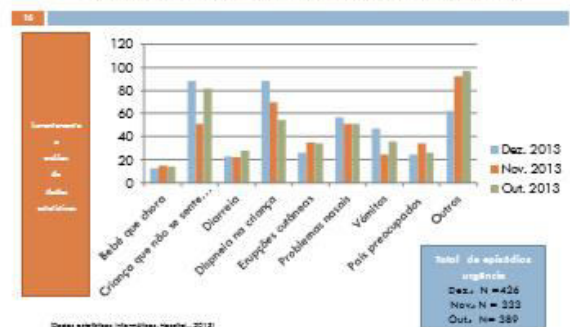
14 PROBLEMAS MAIS COMUNS QUE MOTIVAM OS PAIS DE RN A RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL.

QUAIS OS PRINCIPAIS MOTIVOS DE PROCURA DO SUP NO 1º ANO VIDA DA CRIANÇA?



Percepção simplificada do espaço que emerge da prática de cuidados

PRINCIPAIS MOTIVOS DE PROCURA DO SUP POR PAIS DE CRIANÇAS COM IDADES ATÉ AO 1º ANO DE VIDA: DADOS DE TRIAGEM MANCHESTER.



(Dados estatísticos Infância, Health, 2013)

Total de episódios registados  
Dez. N = 426  
Nov. N = 323  
Out. N = 389



## CAPACITAÇÃO E EMPOWERMENT PARENTAL

- Ensinar, instruir e treinar os pais sobre estratégias de promoção do autoajuda ao RN e para o aumento do bem-estar.



Kilmer, G., & Davis, B. (2011)

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- Surge na prática de enfermagem de diversas formas. Ela pode constituir um objetivo direto da intervenção do enfermeiro, como nas aulas de preparação para a parentalidade, ou indireto, como na ajuda para o entendimento de um diagnóstico ou tratamento médico, no encaminhamento das famílias para outros profissionais de saúde ou grupos de ajuda, na disponibilização de literatura e material apropriado ou na promoção de orientações antiepidemiológicas.
- É um processo que tem por objetivo aumentar ou aprofundar os conhecimentos do doente relativamente à sua saúde e ao seu tratamento, restituindo autonomia à pessoa. O conhecimento deve libertar o doente da dependência em relação ao outro. Pode apresentar-se de forma estruturada como num curso ou tomar uma forma mais simples, através de um diálogo esclarecedor que visa promover saberes de natureza cognitiva, afetiva e psicomotora.

(Machado & Tavares, 2014; Pinheiro, 2002; Pinheiro, 2002)

## É IMPORTANTE NÃO ESQUECER QUE ...



O que remete para a importância de se desenvolver diferentes métodos de ensino!

## OPERACIONALIZAÇÃO NA PRÁTICA DE CUIDADOS NO SUP HVFX

### Apoio educacional

- Orientação sobre prática (por exemplo, prevenção de acidentes, prevenção de infecções)
- Reflexão de experiências vividas sobre a realidade do trabalho de saúde
- Compartilhamento das experiências de trabalho de saúde
- Atualização de conhecimentos sobre práticas de trabalho de saúde
- Desenvolvimento de habilidades para o trabalho de saúde

### Apoio emocional

- Reflexão sobre as experiências vividas
- Validação das experiências vividas e ressignificação das experiências

## QUE VANTAGENS?

- A parentalidade emerge como um dos focos do núcleo mínimo de dados de enfermagem do CÉ, concebidos como marcos específicos do estado da saúde das populações, capazes de produzir o contributo singular do exercício profissional das enfermeiras para os ganhos em saúde da população (2007, p. 2) e que denota a parentalidade como uma das áreas prioritárias de uma política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. (2007). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2008). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2009). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2010). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2011). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2012). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2013). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2014). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2015). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2016). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2017). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2018). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2019). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2020). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2021). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.
- Almeida, M. (2022). A parentalidade e a saúde. In: Almeida, M. (Org.). A parentalidade e a saúde. Lisboa: Alameda.

## 4. Avaliação da sessão

Foi realizada a avaliação da sessão através da utilização de questionários com escala de posicionamento de 1 a 4 (discordo totalmente a concordo totalmente). Foram utilizados os questionários em uso na instituição para avaliação das formações em serviço, que se apresenta em seguida.

IMP.RHU.005.02

### Avaliação da Formação

Pág. 1 / 1

---

#### I. Acção de Formação

Nome da formação: \_\_\_\_\_

Data Início: \_\_\_\_\_ Data Fim: \_\_\_\_\_

---

#### II. Avaliação Global

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 ( assinalando com um **X** ), sendo que:  
 1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concordo ; 4 - Concordo Totalmente

	1	2	3	4
1. Os objectivos da formação foram claros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conteúdos foram adequados aos objectivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os trabalhos, exercícios e actividades foram suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A duração da acção/formação foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As instalações foram adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A documentação foi suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O apoio administrativo e técnico foi o adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

#### III. Avaliação do Impacto da Formação

	1	2	3	4
1. Esta acção de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

#### IV. Avaliação dos Formadores

Coloque um X no número que melhor corresponde à sua avaliação perante o Formador:

Formador(es):	Formador 1	Formador 2	Formador 3	Formador 4	Formador 5	Formador 6	Formador 7
1. O formador revelou dominar o assunto	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
2. A metodologia utilizada foi adequada	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
3. A exposição dos assuntos foi clara	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

---

#### V. Sugestões/ Críticas

O que considerou mais útil na formação: \_\_\_\_\_

Que temas gostaria de ver mais desenvolvidos: \_\_\_\_\_

Sugestões de melhoria: \_\_\_\_\_

A avaliação da sessão foi extremamente positiva, tendo todos os participantes (n = 11) avaliado a mesma no item 4 (concordo plenamente) nos itens referentes à avaliação do formador. Quanto à avaliação do impacto da formação apenas um participante avaliou os itens em 3 (concordo) tendo os restantes avaliado em 4 (concordo plenamente). Relativamente à avaliação global, dois participantes classificaram como 3 (concordo) quanto aos itens relativos às instalações e aos trabalhos, exercícios e actividades desenvolvidas durante a sessão; os restantes participantes avaliaram em 4 (concordo

plenamente). Como crítica à sessão foi referido o contributo quanto à relação entre a teoria e a prática e o aumento das competências sentidas, nomeadamente face à sensibilização para as intervenções autónomas de enfermagem.

A reflexão e discussão que emergiu da sessão foram extremamente interessantes. Discutiu-se sobre as variadas situações de recorrência à urgência em casos clinicamente não justificados, que representavam situações benignas de saúde, em muito relacionadas com a carência ou ausência de suporte e apoio educacional e emocional aos pais de RN nos serviços da comunidade. Os enfermeiros constatarem diariamente que muitos pais são encaminhados desses serviços por ausência de profissionais que os ajudem ou por médicos que se recusam a observar RN, acabando frequentemente por estes ficarem expostos aos riscos inerentes ao serviço de urgência de pediatria.

Refletiu-se ainda sobre o período reduzido de internamento após o nascimento de um bebé, numa situação de parto normal sem intercorrências, o equivalente a 48 horas, o que representa muito pouco tempo para serem trabalhados com os pais todas as questões relativas ao cuidar do RN que lhes confirmem segurança e confiança, o que remete para a importância dos cuidados de saúde primários.

Foi consensual que a natureza do serviço de urgência não está vocacionada para a questão educacional, no entanto, ela existe e está presente frequentemente sem que os profissionais disso tenham consciência em variadas intervenções. Nesse sentido, foram abordados algumas situações concretas de cuidados. Discutiu-se a importância de os enfermeiros exercerem um papel importante de esclarecimento dos pais quanto aos sinais e sintomas que representam um perigo ou ameaça à saúde do seu bebé, sabendo distinguir a natureza dos serviços de saúde a que recorrer, protegendo-o.

## **5. Contributos para a aquisição de competências**

Ao EE compete ser facilitador de aprendizagens na sua área de especialidade, promovendo a formação e baseando as suas intervenções em evidência científica, atual e credível. Por outro lado, o EESCJ deve desenvolver competência quanto à implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade. Neste sentido, consideramos que a realização da presente atividade contribuiu não só para o desenvolvimento destas competências como para o aprofundamento dos nossos conhecimentos e aprendizagens quanto à temática como, simultaneamente, da equipa de enfermagem.

## **Apêndice XXII**

Poster sobre intervenções não farmacológicas no controlo  
da dor na urgência pediátrica

## INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA



\* Variável de acordo com o temperamento e fase de desenvolvimento da criança

## **Apêndice XXIII**

Referências bibliográficas do dossier informático sobre  
gestão e controlo da dor na criança/jovem

## Referências bibliográficas do dossier informático sobre gestão e controlo da dor na criança/jovem

- Allegaert, K., Velde, M., Anker, J. (2014). Neonatal clinical pharmacology. *Pediatric Anesthesia*, 24, 30 – 38.
- American Academy of Pediatrics. (2006). Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*, 118 (5), 2231-2241.
- Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Referência*, III, 2, 73-80.
- Cignacco, E., Hamers, H., Stoffel, L., Lingen, A., Gessler, P., McDougall, J., Nelle, M. (2007). The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. *European Journal of Pain*, 11 (2), 139-152.
- Direcção-Geral de Saúde (2003). *A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Circular Normativa n.º 09/DGCG. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral de Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral de Saúde (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Orientação n.º 24/2012. Lisboa: DGS.
- Gaspardo, C., Linhares, M., Martinez, F. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81 (6), 435-442.
- Guzmán-Arteaga, A. Fajardo-Ochoa, F., Rodríguez, C., Hernández, G. (2013). Efecto Analgésico de la Solución Glucosada al 25% vs Crema EMLA. Evaluación por la Escala de PIPP. *BolClinHospInfant Edo Son*, 30 (2), 56-62.
- Huff, L. *et al.* (2009). Atraumatic Care: EMLA Cream and Application of Heat to Facilitate Peripheral Venous Cannulation in Children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 32, 65 – 76.
- Kashaninia, Z., Sajedi, F., Rahgozar, M., Noghabi, F. A. (2008). The effect of Kangaroo Care on Behavioral Responses to Pain of an Intramuscular Injection in Neonates. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13 (4), 275-280.

- Lago, P. *et al.* (2009). Guidelines for procedural pain in the newborn. *Acta Paediatrica*, 98 (6), 932-939.
- Marcatto, J., Tavares, E., Silva, Y. (2010). Anestesia tópica em recém-nascidos prematuros: uma reflexão acerca da subutilização deste recurso na prática clínica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22 (1), 69-76.
- Morrow, C., Hidinger, A., Wilkinson-Faulk, D. (2010). Reducing Neonatal Pain during Routine Heel Lance Procedures. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 35 (6), 346-354.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE. I Série (1). Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria: Diminuir o Medo da Cirurgia*. I Série, 3 (2). Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas No Controlo da Dor na Criança*. Cadernos OE. I Série (6). Lisboa: OE.
- Schechter, N. *et al.* (2007). Pain Reduction during Pediatric Immunizations: Evidence-Based Review and Recommendations. *Pediatrics Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 119 (5), 1184-1198.
- Spence, K. *et al.* (2010). Evidenced-based clinical practice guideline for management of newborn pain. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 184 – 192.

## **Apêndice XXIV**

Instrução de trabalho sobre utilização do EMLA no serviço  
de pediatria



## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

IT.ZZZ.XXX.00

(Data de Aprovação)

### Utilização de EMLA no Serviço de Pediatria

Pág. 241 / 253

#### 1. OBJECTIVO

A presente instrução de trabalho pretende:

- Promover a diminuição da dor provocada por tratamentos ou outros procedimentos potencialmente dolorosos;
- Uniformizar a utilização de EMLA.

#### 2. ÂMBITO

Este procedimento aplica-se ao Serviço de Pediatria (Unidade de Neonatologia, Internamento e SUPed).

#### 3. DEFINIÇÕES

O EMLA<sup>®</sup> é uma mistura eutética de anestésico local a 5% (25% de lidocaína e 25% de prilocaína), comercializado sob a forma de creme, cujo uso está recomendado para o tratamento da dor em crianças e adultos. Destina-se a aplicação tópica, sobre a pele e a mucosa, a fim de provocar uma perda temporária de sensibilidade ou torpor na área ou perto da área em que é aplicado. No entanto, mantém a sensibilidade ao tato e à pressão.

#### 4. ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

Serviço de Urgência Pediátrica - SUPed

#### 5. DESCRIÇÃO

##### 5.5 PROCEDIMENTOS NOS QUAIS ESTÁ RECOMENDADO

A sua utilização tem indicação antes dos procedimentos relacionados com inserção de agulhas ou tratamento cirúrgico de lesões localizadas/superficiais, de carácter não urgente, nomeadamente:

- Punção venosa periférica/colocação de catéter venoso
- Colocação de catéter epicutâneo
- Punção arterial/colocação de catéter arterial periférico
- Colocação de catéter venoso central
- Punção lombar
- Desbridamento vascular (arterial ou venoso periférico)



**Utilização de EMLA no Serviço de  
Pediatria**

- Punção supra-púbica
- Colocação de dreno torácico
- Injeções subcutâneas e intramusculares
- Curetagem de lesões molusco contagioso

### **5.6 EFEITOS SECUNDÁRIOS**

EMLA creme pode provocar uma reação ligeira local, que não se manifesta em todas as pessoas. Trata-se de reações normais com anestésicos que desaparecem pouco tempo depois, sem ser necessário instituir nenhuma medida especial. Caracterizam-se por palidez ou vermelhidão da pele, edema ligeiro local, sensação inicial de queimadura e prurido local

Em casos mais raros, pode ocorrer uma descoloração azul-acinzentada da pele (meta-hemoglobinemia) e aparecimentos de lesões petequiais no local de aplicação, especialmente em crianças com afeções dérmicas (dermatite atópica ou molusco). No caso de se detetarem efeitos perturbadores ou invulgares no seu uso, o tratamento deverá ser interrompido.

### **5.7 CONTRA-INDICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO, ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES**

- Crianças com meta-hemoglobinemia congênita ou idiopática,
- Crianças com idade compreendida entre os 0 e os 12 meses de vida em tratamento com agentes indutores de meta-hemoglobinemia (por exemplo, sulfonamidas, acetaminofeno/paracetamol, benzocaína, fenitoína e fenobarbital),
- Crianças com história de alergia a lidocaína, a prilocaína, a outros anestésicos locais ou aos outros componentes da fórmula,
- Crianças com antecedentes de dermatite atópica,
- Não aplicar sobre feridas abertas,
- Não deverá ser aplicado na mucosa genital em crianças,
- Não deverá ser aplicado na membrana timpânica deficiente,
- Evitar contato com os olhos (provoca irritação ocular)



- Evitar uso repetitivo de EMLA.

### 5.8 ORIENTAÇÕES DE UTILIZAÇÃO

Aplicar uma camada fina de creme sobre a pele sã e cobrir com um penso hermético, como o Tegaderm ® ou adesivo plástico (tipo película aderente), **1 hora antes** da realização do procedimento potencialmente doloroso (ver imagem 1). A eficácia da aplicação do EMLA creme depende da área de aplicação, do tempo de aplicação e da dose utilizada.

População alvo	Recém-nascido <sup>19</sup> e crianças com idade < 3 meses (peso<5Kg)	Crianças entre 3 -11 meses (peso 5-10 Kg)	Crianças com idade 1-5 anos (peso 10-20 Kg)	Crianças com idade entre 6-11 anos (peso>20 kg)
Quantidade a aplicar	Até 1 gr creme	Até 2 gr	Até 10 gr	Até 20 gr
Área de aplicação (área total de pele)	Até 10 cm <sup>2</sup>	Até 20 cm <sup>2</sup>	Até 100 cm <sup>2</sup>	Até 200 cm <sup>2</sup>
Tempo de aplicação	1 hora (no máximo 4 horas)	1 hora (no máximo 4 horas)	1 hora (no máximo 5 horas)	1 hora (no máximo 5 horas)

Após a remoção do creme, a área deve ser desinfetada cuidadosamente com álcool e a criança preparada para o procedimento.

<sup>19</sup> Aprovado no RN de termo e pré-termo **apenas** acima das 32 semanas de idade gestacional e com mais de 7 dias de vida.

**Utilização de EMLA no Serviço de  
Pediatria**

Imagem 1 – Instruções de utilização (passo a passo)



Relembra-se que a utilização do EMLA deverá ser associada à implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor, adequadas à idade e desenvolvimento da criança. O enfermeiro tem um papel essencial na defesa do bem-estar da criança/adolescente, no planeamento atempado das intervenções e na negociação com a equipa multidisciplinar, propondo e sugerindo todas as medidas possíveis e adequadas à situação concreta, que possibilitem a minimização da experiência traumática para a criança/adolescente e controlo da dor.

**6. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

Direcção Geral de Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0-28 dias)*. Lisboa: DGS.

Folheto Informativo: *Informação para o Utilizador EMLA<sup>®</sup>, 25mg/g+25 mg/g, creme. Lidocaína+Prilocaína*. AstraZeneca.

## **Apêndice XXV**

Jornal de aprendizagem: Estágio no serviço de urgência  
pediátrica

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
5º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIDADE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

**Contexto de Estágio – Serviço de Urgência Pediátrica**

# Jornal de Aprendizagem

Docente Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo

Discente: Irina Barros, nº 5468

Lisboa, 2015

## **1. Enquadramento e justificação da atividade**

A necessidade de realização do presente trabalho surge no âmbito do estágio no internamento de pediatria de forma a dar a conhecer as experiências e vivências mais relevantes nesse contexto e porque acreditamos que este representa uma ferramenta fundamental para a tomada de consciência das aprendizagens desenvolvidas. Face ao exposto, apresentamos uma reflexão estruturada, tendo sido utilizado o modelo de Johns (1999) a partir da descrição de algumas situações concretas de cuidados.

## **2. Reflexão**

### *Descrição*

O serviço de urgência pediátrica apresenta boas condições, dispondo de novas instalações embora o espaço físico do serviço seja pequeno. Os enfermeiros, habitualmente dois, estão divididos entre diferentes postos de trabalho, triagem e sala de tratamentos mais sala de aerossóis. Recentemente, o aumento do número de episódios de urgência justificou a aquisição de mais elementos de reforço da equipa, ficando esse elemento extra responsável pelas crianças no serviço de internamento temporário (habitualmente chamado de SO).

Neste estágio deparamo-nos com uma preocupante realidade relacionada com o aumento do número de jovens que recorre aos serviços de urgência com problemas mentais, muitos deles recorrentemente e com antecedentes relevantes, acompanhados em pedopsiquiatria. Referimo-nos nomeadamente às situações relacionadas com a automutilação, as tentativas de suicídio, depressão e ansiedade, dificuldades de concentração e consumo de drogas. Recordamos ainda algumas situações de jovens encaminhados da escola por comportamentos agressivos súbitos para os outros, nomeadamente para professores e colegas e para bens materiais, pontapeando e socando subitamente qualquer material que estivesse ao seu redor. Causou-nos séria preocupação perceber ainda que os comportamentos de automutilação também ocorrem no espaço da escola, em grupos de amigos que partilham dessa prática.

Não poderíamos deixar de referir as situações, felizmente pontuais, de suspeita de maus tratos físicos e de negligência, com crianças obviamente pouco cuidadas do ponto de vista da sua higiene, vestuário e alimentação.

À semelhança do já constatado nos cuidados de saúde primários, também na realidade da urgência pediátrica nos deparamos com inúmeras crianças obesas ou com excesso de peso que justificaram encaminhamento para consulta de obesidade. Recorrentemente também se identificam situações de crianças obstipadas, clientes habituais do serviço de urgência, que têm como pano de fundo problemas claros relacionados com erros alimentares recorrentes.

Encontramos ainda muitas crianças referenciadas dos cuidados de saúde primários, nomeadamente recém-nascidos e crianças até ao primeiro ano de vida, por incapacidade de resposta desses serviços em situações sem critério clínico de urgência. A prestação direta de cuidados e a análise de alguns dados referentes às triagens de recém-nascidos que recorreram ao serviço de urgência permitiu-nos identificar que a maioria das situações se prenderam com insegurança dos pais no desempenho do seu papel parental e em dúvidas na prestação de cuidados ao recém-nascido.

O período de estágio, embora curto, permitiu-nos identificar pais e crianças que recorrem frequentemente aos serviços da urgência de pediatria. A título de exemplo, foi frequente encontrar pais que haviam recorrido à urgência por duas vezes num espaço de 24 horas, cujo criança fora observada e medicada e que voltavam para se certificarem que estava tudo bem, sem nenhuma agravamento que o tivesse justificado. Por outro lado, também nos deparamos com situações de crianças observadas e medicadas no centro de saúde e que depois vinham ao hospital confirmar se o diagnóstico e terapêutica era o adequado.

### *Sentimentos*

Os pais/família/cuidadores que recorrem ao serviço de urgência apresentam-se maioritariamente ansiosos e pouco tolerantes. O ritmo de trabalho, a complexidade das situações de saúde da criança/jovem que requerem assistência e a escassez de recursos humanos coloca os enfermeiros numa posição de algum stress e exaustão física. Estas duas realidades convergem frequentemente em situações de conflito entre ambos, principalmente quanto à prioridade atribuída à criança na triagem realizada (não concordando os pais com os critérios ou não percebendo o motivo pelo qual algumas crianças aguardam mais do que outras pelo atendimento) como em relação ao tempo de espera para a realização de algum procedimento e/ou tratamento de enfermagem. Outro motivo de conflito frequentemente identificado prendeu-se com a presença de

acompanhantes no serviço de urgência, não acatando os pais/família/cuidadores as indicações dadas pela equipa, sobrelotando-se o espaço físico e potenciando o caos (de referir que a sala de espera está localizada dentro do próprio serviço de urgência).

Identificamos ainda algum sentimento de culpabilidade, frustração e tristeza nos pais de crianças com situações mais graves e preocupantes por não terem sido capazes de as detetar mais precocemente, expressas verbalmente pelos mesmos.

### *Análise*

Acreditamos que o atual contexto social e económico exerça alguma influência sobre o aumento exponencial (verificado também em outros contextos e inclusive já debatido nos *media*) do número de crianças e jovens com doença mental que recorre aos serviços de urgência. Constatamos, empiricamente, que a maioria destas crianças/jovens pertencem a famílias carenciadas, disfuncionais, com poucos recursos, sendo frequente a existência de vários irmãos, dispersos pelas casas de outros familiares ou em instituições, e tendo-se identificado que frequentemente a relação criança/jovem/pais era conflituosa e pouco afetiva. Por outro lado, é sabido existir alguma resistência quanto à valorização dos sintomas emocionais e psicológicos na nossa sociedade, nomeadamente na fase da adolescência, confundindo-se frequente e erradamente com as características de desenvolvimento típicas desta fase, o que conduz à não procura de ajuda especializada. Compreende-se também que perante situações mais complexas como a falta de rendimentos para assegurar bens essenciais, os pais/cuidadores estejam centrados nas suas tarefas e atividades laborais, descuidando o apoio e acompanhamento dos seus filhos que lhes permita prevenir e detetar precocemente estas situações. Também é sabido que a “violência” e competitividade do mercado laboral atual, permitem pouco espaço de abertura para a vida familiar, quer em trabalhos mais precários como contrariamente em grandes cargos/postos laborais.

Nas situações de suspeita de maus tratos e negligência tivemos o cuidado de perceber detalhadamente junto do pai/cuidador toda a história que motivou a procura ao serviço de urgência, realizar uma observação física detalhada da criança e efetuar registos francamente pormenorizados sobre esses aspetos. Em todas as situações verificadas, as crianças ficaram internadas, para vigilância e avaliação e encaminhamento da situação. O papel do EESCJ é fundamental, nomeadamente no diagnóstico e na identificação das situações de maus-tratos e das necessidades do menor. O treino do olhar profissional é

crucial para dar visibilidade ao problema e detetar as suas várias modalidades, componentes ou protagonistas.

A evolução tecnológica e social tem conduzido a alterações importantes na forma como as nossas crianças brincam e se alimentam, com sérias repercussões na sua saúde. É cada vez mais frequente observar-se crianças “presas” a jogos informáticos, com vidas cada vez mais sedentárias, perdendo-se a essência tradicional anterior de infância de brincar na rua, ao ar livre. Por outro lado, o desconhecimento, o facilitismo e o poderoso marketing das indústrias/empresas alimentares conduzem a que pais/cuidadores lhes ofereçam uma alimentação rica em gorduras e hidratos de carbono, típica dos *fastfood* e enlatados, rápida de ingerir mas com consequências para toda a vida. Ao EESCJ cabe o extraordinário papel de estar atento a esta realidade, alertando, consciencializando e apresentando novas soluções mais saudáveis e adequadas ao crescimento e desenvolvimento da criança.

Recordamos conversas com pais sobre crianças com vários episódios mensais por obstipação, em que estes nos diziam que as crianças não ingeriam legumes nem fruta porque não gostavam. Referimo-nos a crianças com idades próximas dos 2 anos! Questionamo-nos como seria a alimentação daquelas crianças e o que se passou até ali. Coube-nos o papel de alertá-los para os riscos de uma alimentação inadequada e de uma estimulação retal tão frequente na criança, mas confessamos que frequentemente nos ficou a sensação de não sermos ouvidas ou mesmo escutadas.

As mudanças familiares a que temos assistido nos últimos anos, têm conduzido os casais a estarem cada vez mais isolados, sem redes de suporte familiar, em famílias cada vez menos alargadas, onde o conhecimento e a experiência de cuidar de crianças se foi perdendo e tornando cada vez mais livresca. Se aliarmos esta nova realidade, aos curtos períodos de internamento após o nascimento de um bebé, compreendemos que estes pais se sintam assoberbados de preocupações e angústias face ao desempenho do seu novo papel. Neste sentido, urge que o EESCJ tenha consciência destas questões e que participe ativamente na preparação destes pais para o desempenho do seu novo papel, quer durante a própria gravidez, como durante os primeiros dias de vida do recém-nascido e ao longo de todo o processo de transição, à semelhança do descrito na teoria de Mercer.

A natureza do serviço de urgência pediátrico não está vocacionada para a educação para a saúde na sua essência mas antes, primordialmente, na resposta a situações urgentes e

emergentes. No entanto, a frequência da recorrência de situações benignas de saúde, como no caso de recém-nascidos, justificam que o EESCJ atue nesse sentido promovendo por um lado uma transição mais segura para a parentalidade e assegurando a segurança futura da criança e a melhoria do funcionamento do serviço de saúde, evitando-se mais um episódio desnecessário. A título de exemplo, se uns pais recorrem por criança chorosa por cólicas, quando se está a realizar uma sonda de gases, pode-se ir explicando aos pais porque o bebé tem cólicas, até quando vai ter, desmistificar que é normal, colocá-los a colaborar connosco na realização da massagem abdominal e reforçar o ensino. E se nessa mesma situação o enfermeiro alertar os pais para a mudança do padrão intestinal do bebé que irá ocorrer, está a realizar cuidados antecipatórios, a prepará-los para o que vai acontecer e a prevenir um novo episódio de urgência, tão frequente nos bebés quando iniciam as fezes de transição, como verificamos neste estágio.

Compete ao EESCJ ser influenciador da equipa, no sentido de desconstruir os juízos de valor, que facilmente emergem quanto à injustificada procura do serviço de urgência por estes pais. Por vezes, uma passagem de turno, em que se justifique a ausência de recursos familiares e a não preparação dos pais, numa conversa informal, pode ser importante no sentido de mudar a abordagem da equipa e vocacioná-la para o apoio educacional e emocional tão fundamentais nesta fase de transição.

A procura indiscriminada e despropositada do serviço de urgência pediátrica é uma prática atual preocupante e parece-nos estar relacionada com vários fatores. Por um lado, a capacidade insuficiente de resposta de alguns serviços dos cuidados de saúde primários, que são tão fundamentais para fomentar a segurança e preparação dos pais para cuidarem dos seus filhos. Por outro, consideramos que existe alguma cultura de facilitismo e imediatismo na população relativamente à procura dos serviços de urgência pois sabe-se que à partida com mais ou menos tempo de espera a criança será observada, fará os exames necessários e medicada se necessário logo naquele episódio, não ficando pendente nem a aguardar a realização de nenhum exame (mesmo que não seja urgente). Para além do referido, existe ainda um total desconhecimento ou uma total desvalorização dos riscos inerentes à exposição da criança a um serviço de urgência.

### *Avaliação*

O contexto de um serviço de urgência pediátrico exige do EESCJ competências ao nível do saber-estar, saber-comunicar, saber-fazer e saber-gerir, nomeadamente os conflitos, recursos humanos e materiais, foi nesse sentido que a nossa intervenção se desenrolou. Implica que o EESCJ esteja desperto para as novos e os velhos problemas que afetam a criança/jovem/família e atue adequadamente. Exige do EESCJ não só a destreza manual da técnica mas a destreza na sensibilidade relacional e comunicacional com os pais/cuidadores e com a equipa multidisciplinar, fundamentais para fomentar um ambiente harmonioso e seguro.

### *Conclusão*

Acreditamos que o EESCJ tem um papel fundamental e uma responsabilidade acrescida na forma como influencia, direta ou indiretamente, a equipa face a prestação de cuidados, quer seja pelo exemplo dado na prestação de cuidados como na promoção da mudança de comportamentos através da formação, informal, por partilha de perspetivas e saberes ao longo do turno ou nas passagens de turno, ou formal, como nas reuniões de serviço.

É fundamental que o EESCJ esteja sensibilizado para a importância do saber encaminhar e mobilizar recursos hospitalares e comunitários com vista a assegurar a excelência do cuidar que garanta o superior interesse da criança.

Consideramos que este estágio foi fundamental para o nosso processo de aprendizagem e para o desenvolvimento de competências pois permitiu-nos conhecer uma realidade para nós desconhecida, cuja dinâmica de trabalho é muito distinta da do nosso contexto profissional, permitindo a troca de experiências com outros profissionais.

### **3. Referência Bibliográfica**

Johns, C. (1999). *Becoming a reflective practitioner*. In Johns, C. (Coords). *Becoming reflective practitioner* (pp. 1-44). Oxford: Blackwell Publishing Inc.