



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA COM CARDIOPATIA CONGÉNITA

**Promoção de uma Transição Saudável para
a Parentalidade no Primeiro Ano de Vida**

Ana Isabel Barão

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA COM CARDIOPATIA CONGÉNITA

**Promoção de uma Transição Saudável para
a Parentalidade no Primeiro Ano de Vida**

Ana Isabel Barão

Professora Maria Teresa Oliveira Marçal

2014



*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

Saint-Exupéry in *O Príncipezinho*

AGRADECIMENTOS

À professora Teresa pela compreensão, motivação, dedicação e orientação notáveis e imprescindíveis.

A todos os enfermeiros orientadores nos diferentes locais de estágio.

À Enf.^a. Ana Filipa Luz pela orientação e pela colaboração.

À Enf.^a. Graça Martins Gomes pela preocupação e incentivo.

À Enf.^a. Chefe Nazaré Vilhena de Ayres pela orientação e pelo apoio fundamentais.

Ao meu Anjo-da-guarda que me acompanhou desde o início deste percurso.

Aos meus amigos por fazerem parte da minha vida e por acreditarem em mim.

À Vânia pela criatividade e paciência.

À Carla pela camaradagem nos momentos difíceis.

À Ana pela amizade verdadeira e incondicional.

Ao António pela ajuda, dedicação e pela motivação para não me deixar desistir deste sonho.

Ao Pedro pelo companheirismo e pelas horas que passámos juntos ao computador... sem ti, isto não teria sido possível. Obrigada por tudo.

Aos meus pais, irmão e restante família, pelo incentivo, pelo apoio e pela compreensão da minha ausência em muitos momentos.

A todas as instituições que acolheram este projeto e a todos aqueles que de alguma maneira incorporam este trabalho.

A todas as crianças, pais e famílias que se cruzaram comigo neste percurso formativo e tornaram este trabalho possível. Aos pais de crianças com cardiopatia congénita, a minha admiração pela coragem e esperança com que vivem cada dia, ultrapassam as dificuldades e conquistam as suas vitórias...

O meu obrigada a todos!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESIP – Enfermagem de Saúde infantil e Pediatria

GAM – Grupo de ajuda mútua

IAC - Instituto de Apoio à Criança

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ -Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PSMGPI – Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância

SO – Sala de observação

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIPED – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica

UIPG - Unidade de Internamento de Pediatria Geral

UP - Urgência Pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O nascimento de uma criança com uma cardiopatia congénita e a necessidade de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIPED) representa para a criança e para os pais uma vivência traumática e que condiciona as expectativas idealizadas para a parentalidade. O desenvolvimento da parentalidade e o estabelecimento da vinculação podem ficar comprometidos devido à doença cardíaca da criança, à necessidade de internamento e aos medos e receios relacionados com o futuro e com a cirurgia. Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para intervir e tentar minimizar estas experiências emocionalmente intensas. Para isso, é necessário conhecer e compreender as transições que se encontram em curso. Neste sentido, justifico a temática do estágio a que se refere este relatório, que incide no cuidar da criança e família com cardiopatia congénita, com enfoque na promoção de uma transição saudável para a parentalidade, no primeiro ano de vida. Assim, o seu objeto centra-se no estudo dos processos de transição vividos por estas famílias. Uma das intervenções necessárias é identificar as necessidades específicas de cada família, tendo em conta a presença das transições de desenvolvimento, situacionais e saúde-doença presentes neste processo. O relatório assenta na descrição das atividades realizadas, numa dinâmica de prática reflexiva, clarificando as aprendizagens mais significativas, durante o desenvolvimento do percurso formativo e na aquisição de saberes baseada em evidência científica. A sua finalidade é dar visibilidade às aprendizagens feitas e às estratégias facilitadoras da transição saudável para a parentalidade propostas e aos instrumentos elaborados para a implementação das mesmas. Como resultado, foi possível identificar intervenções de enfermagem que promovem as condições facilitadoras necessárias ao desempenho do novo papel de pais. A aposta num programa de cuidados de enfermagem baseado em modelos de intervenção como a parceria de cuidados, cuidados não traumáticos e promoção do desenvolvimento infantil é uma estratégia fundamental na promoção de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida.

Palavras-chave: enfermagem; cuidar em pediatria; transição; parentalidade; criança; hospitalização; cardiopatia congénita.

ABSTRACT

The birth of a child with a congenital heart disease and the need for admission into a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) is for the child and parents a traumatic experience that conditions the idealized expectations for parenting. The development of parenthood and the attachment may be compromised due to the child's heart disease, the need for hospitalization and fears about the future and surgery. Nurses have a privileged position that enables them to intervene so that these emotionally intense experiences are minimized. In order to do so, it is necessary to know and understand the transitions that are taking place. The subject of this report is therefore justified since it focus on the caring of the child with congenital heart disease and its family, particularly in what concerns the transition to a healthy parenthood during the first year of the child's life. One of the interventions necessary to identify the specific needs of each family is taking into account the presence of developmental, situational and health-disease transitions present in this process. This report describes the activities performed using a dynamic reflective practice by clarifying the most significant learning during the development of the training path and acquiring knowledge based on scientific evidence. Its goal is to make visible the knowledge acquired and strategies for promoting a healthy transition to parenthood as well as the instruments elaborated to do so. As a result, it was possible to identify nursing interventions that promote the enabling conditions necessary for the performance of the new parenting role. A program of family centered-care, atraumatic care and promoting child development is a key strategy in promoting a healthy transition to parenthood in the first year of life.

Key-words: nursing; pediatric care; transition; parenting; children; hospitalization; congenital heart disease.

ÍNDICE

Introdução.....	11
1. Enquadramento conceptual.....	14
1.1 A doença cardíaca congénita.....	14
1.2 A parentalidade no primeiro ano de vida da criança.....	15
1.3 A Teoria das Transições: a transição para a parentalidade.....	18
2. Fundamentação do problema e objeto do estágio.....	21
3. Descrição e análise do percurso formativo.....	25
3.1 Unidade de saúde familiar.....	30
3.2 Serviço de internamento de pediatria geral.....	37
3.3 Urgência pediátrica.....	42
3.4 Unidade de cuidados intensivos pediátrica.....	44
3.5 Unidade de cuidados intensivos neonatais.....	48
3.6 Cardiologia pediátrica.....	54
4. Proposta de programa de cuidados de enfermagem promotores de uma transição saudável para a parentalidade.....	57
5. Considerações finais e perspetivas futuras.....	63
6. Referências bibliográficas.....	67

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma de estágio

APÊNDICE II - Guia Orientador das atividades de estágio

APÊNDICE III – Guião de orientação para registo dos comportamentos de transição para a parentalidade

APÊNDICE IV – Guião de orientação para reunião com Professora Zaida Charepe

APÊNDICE V - Entrevista semiestruturada à Enf.^a. orientadora da USF

APÊNDICE VI – *Check-list* sobre a Presença de Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura

APÊNDICE VII – Registo de comportamentos parentais

APÊNDICE VIII – Material da sessão de formação realizada aos enfermeiros na UCIPED

APÊNDICE IX – Guião de entrevista semiestrutura à Enf.^a. Chefe da UCIN

APÊNDICE X Registo de Comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida

APÊNDICE XI – Folha de Registo de (Re)Aquisição de Competências Parentais e *Check-list* sobre a Presença de Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura

APÊNDICE XII – Material de apoio para posicionamentos e roupas para os bebés internados na UCIPED

APÊNDICE XIII – Guia de Acolhimento à Criança e Família

APÊNDICE XIV - Painel de acolhimento aos pais e crianças

APÊNDICE XV – Proposta de farda para o serviço de cardiologia pediátrica

APÊNDICE XVI – Livro de partilha de experiências e promoção da esperança

APÊNDICE XVII – Material da sessão de formação realizada aos enfermeiros no serviço de cardiologia pediátrica

ANEXOS

ANEXO I - Comportamentos de vinculação

ANEXO II - Tipo de vinculação e modelos operativos internos do bebé

ANEXO III - Teoria das Transições de Meleis

ANEXO IV – Certificado de presença na conferência *“Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença”*

ANEXO V – Certificado de participação no curso profissional *“Estabilização, Pré-transporte da Criança Gravemente Doente”*

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio com Relatório” do 3º semestre, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Pretende-se que este relatório cumpra os critérios exigidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para obtenção do grau de “Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria” (ESIP), tendo em vista o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas que visam a prestação de cuidados especializados à criança, ao jovem e à família. A seleção da temática em estudo surge da identificação de um problema relevante em contexto de trabalho. É deste modo que surge como tema de estágio a que corresponde o presente relatório *Cuidar da criança e família com cardiopatia congénita - Promoção de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida.*

De acordo com a versão 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) (OE, 2011), a parentalidade é definida como o “*assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação do 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*”. As famílias que se encontram a experimentar o processo de parentalidade, encontram-se a atravessar um processo de transição, entendida na perspetiva de Meleis e colaboradores (2010), como a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro de maior equilíbrio. Este período de transição, naturalmente caracterizado pelas mudanças e pelos ajustamentos esperados relacionados com a parentalidade fica dificultado quando existe um quadro de doença da criança com as suas eventuais consequências, nomeadamente a hospitalização e a intervenção cirúrgica do bebé.

O modelo de resposta pretendido é em relação ao desempenho do papel parental sendo este definido em CIPE® como “*interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente ao comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo em relação à promoção de crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente*” (OE, 2011). Para efeitos de abordagem do tema, optou-se neste trabalho pela centralidade do conceito de transição para a parentalidade em vez de o de papel parental. Este conceito é mais amplo e abrangente, sendo definido por Meleis (2010), como consciencialização dos comportamentos relacionados com a parentalidade, os padrões de comportamentos alcançados e novo nível de responsabilidade adquirido no alcance da concepção da nova identidade pelos pais.

A hospitalização do bebé durante o primeiro ano de vida para confirmação do diagnóstico e possível cirurgia cardíaca, com internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIPED), sujeita o bebé e os pais a uma experiência emocionalmente intensa, num meio que muitas vezes, lhes é totalmente desconhecido, o hospital. Como consequência os pais vivenciam um sentimento de incapacidade de desempenhar o papel parental e de se adaptar à nova condição de pais (Peebles-kleiger, 2000). Os avanços na medicina e tecnologia, bem como a evolução dos cuidados de enfermagem, permitiram uma melhoria das práticas de saúde e levaram ao aumento da sobrevivência de crianças com doenças críticas (Haines e Childs, 2005; Dolk *et al.*, 2011). Assim, o número de casais em transição para a parentalidade, num contexto desfavorável, de doença do bebé, tem aumentado. O nascimento de uma criança com cardiopatia congénita é um exemplo dessa situação (Meleis, 2010).

O enfermeiro deve conhecer as necessidades dos pais nesta fase da sua vida e a natureza dos processos transacionais em curso, de forma a promover as condições facilitadoras para uma transição saudável sendo também capaz de avaliar, através de indicadores previamente definidos, o padrão de resposta da transição em curso. Benner (2001) refere que o melhoramento da prática advém da aprendizagem através da experiência prática e da experiência científica. Tendo por base este princípio, foram desenvolvidas metodologias que pretendem identificar e otimizar

as respostas existentes para o problema em estudo, planejar e implementar novas soluções, criando também indicadores da eficácia das mesmas. Deste modo, pretende-se contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às crianças e respectivas famílias e, em simultâneo, do desempenho dos profissionais de saúde nos locais onde o projeto se desenvolveu e principalmente em contexto de trabalho, no serviço de cardiologia pediátrica (CP), nomeadamente na UCIPED garantindo consequentemente ganhos em saúde

Assim, o estágio aqui relatado teve como objetivo o desenvolvimento de um programa de cuidados de enfermagem promotor de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança com cardiopatia congénita em contexto de internamento em cardiologia pediátrica, dando desta forma resposta às necessidades desses pais através da mobilização dos modelos de intervenção preconizados para esse efeito. Concomitantemente era pretendido promover a aquisição de competências pessoais que permitissem a obtenção do grau de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Na primeira parte deste relatório é apresentada uma revisão da literatura sobre a temática em estudo, que tem por base o trabalho elaborado aquando do planeamento deste percurso formativo na Unidade Curricular Opção II, desenvolvendo agora de forma mais consistente os temas da doença cardíaca congénita, a parentalidade no primeiro ano de vida e a Teoria da Transições, de Afaf Meleis. Este aprofundamento permite de seguida desenvolver as questões relacionadas com o problema e o objeto em estudo, atendendo também as experiências vividas em contexto profissional. Posteriormente, decorre uma descrição das metodologias utilizadas e do planeamento das experiências de estágios, paralelamente à análise das atividades e dos resultados obtidos, referindo inicialmente as atividades transversais a todos, discriminando em seguida as específicas de cada contexto, apresentando também as competências adquiridas. É apresentada a proposta de programa de cuidados de enfermagem promotor de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança com cardiopatia congénita, que se pretende vir a implementar. Por último são feitas as considerações finais e delineadas as perspetivas futuras.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No início deste capítulo faz-se uma breve apresentação da doença cardíaca congénita. Segue-se o estudo da parentalidade no primeiro ano de vida e a concepção de que se trata de um processo contínuo e que se estende muito para além da gravidez e do momento do parto, inferindo consequências futuras na relação pais-filho e no desenvolvimento saudável da criança e família, nomeadamente em contexto de doença da criança. Desta forma, torna-se primordial uma reflexão sobre os processos transacionais em curso e o cuidar destas famílias à luz do modelo conceptual escolhido para este trabalho, a *Teoria das Transições* de Afaf Meleis. Este capítulo tem por base o trabalho já desenvolvido aquando da elaboração do projeto que sustentou a realização dos estágios e consequentemente orientou a elaboração deste relatório.

1.1 A doença cardíaca congénita

A doença cardíaca congénita pode consistir num diferente número de problemas que afectam o coração da criança, desde o nascimento. Por ano, a prevalência total de malformações congénitas do foro cardíaco ocorrem por cada 0,8 a 1% dos nascimentos (OMS; Dolk *et al.*, 2011) e a prevalência de nados vivos é de 0,72% a 1%, variando entre os países da europa (Dolk *et al.*, 2011). Em Portugal, tais dados traduzem-se numa média de 1000 bebés por ano (INE).

É patologia congénita mais comum, a maior causa de mortalidade no primeiro ano de vida e uma das doenças crónicas mais predominantes na infância e adolescência. Por cada 1300 nados vivos com malformações cardíacas, 5 necessitam de intervenção cirúrgica (DGS, 2006). Segundo de *European Surveillance of Congenital Anomalies (EUROCAT) Working Group* e colaboradores

(Dolk *et al.*,2011), tendo por base um estudo realizado em 16 países europeus, estima-se que anualmente que só na União Europeia nasçam 36 000 nados vivos com doença cardíaca congénita e que 3000 morram por interrupções de gravidez por anomalia fetal, morte fetal tardia ou morte neonatal precoce.

O diagnóstico de cardiopatia congénita na criança é um momento complicado para os pais, pois é sinónimo de fatalidade. O coração simboliza a vida e os afetos do ser humano, logo a doença cardíaca na criança tem uma conotação negativa com o predomínio de sentimentos relacionados com a morte (Simões, Pires & Barroca, 2010), facilmente identificados pelos enfermeiros no contexto de cuidados a estas famílias e que requerem uma intervenção de enfermagem precoce e eficiente.

O tratamento a ser utilizado e a escolha do momento para o fazer depende da cardiopatia presente, da condição do bebé, dos sintomas e do potencial para causar alterações secundárias irreversíveis. Algumas cardiopatias congénitas podem ser tratadas apenas com medicação ou intervenção na Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular (tratamento percutâneo), mas as patologias mais graves e que acarretam um maior risco de vida, maioritariamente precisam de intervenção por cirurgia cardíaca no primeiro ano de vida (Colvin *et al.*, 2010). Tal condiciona a necessidade de internamento em cardiologia pediátrica, habitualmente ainda no período neonatal, para confirmação do diagnóstico e posterior internamento em UCIPED após a cirurgia cardíaca, daí advém a escolha da faixa etária deste trabalho.

1.2 A parentalidade no primeiro ano de vida da criança

Para uma melhor compreensão do processo de construção da parentalidade, primeiramente há que atender à definição do conceito de família, que segundo Relvas (2000) consiste num conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistémica e organizada, interações particulares, que visam a concretização de tarefas e funções. Se por um lado, a família proporciona aos seus membros o sentimento de pertença a um grupo, por outro também possibilita o seu

desenvolvimento pessoal e incrementa a sua individualidade. É um sistema aberto e em evolução e que passa por diferentes fases de transição, que assinalam momentos de crise (transformação), que proporcionam a oportunidade de mudança/evolução e perturbação evolutiva dos indivíduos e do sistema familiar.

A gravidez e a maternidade são uma dessas transformações, com a passagem do sistema familiar de uma díade para uma tríade, reestruturação que representa a capacidade da família se perpetuar e manter, por via da reprodução. Contudo, esta passagem requer uma adaptação psicológica aos novos papéis parentais, que segundo Brazelton (1992) inicia-se ainda durante a gravidez, tanto para a mãe, como para o pai. A mãe se por um lado sofre os reajustamentos dos mecanismos corporais inerentes à gravidez e o conseqüente esforço físico que isso representa, por outro lado o facto de sentir a presença constante do bebé a crescer e a mexer-se dentro dela facilita a capacitação da nova realidade, enquanto pai tem de recorrer à imaginação para se preparar.

Com o nascimento do primeiro filho, o casal tem de desenvolver competências que lhes permita desempenhar adequadamente os novos papéis de pai e mãe e garantir simultaneamente as suas identidades pessoais e o seu funcionamento adequado enquanto casal, o que por si só já constitui uma tarefa complicada em contextos de percursos de vida normais.

O intuito é a adaptação à parentalidade, que segundo CIPE® (OE, 2011) consiste em *“comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados”*.

Mas, tudo é diferente e mais complicado, se o bebé nasce com problemas de saúde. Conhecido ou não, o confronto com um diagnóstico de doença de um bebé que ainda vai nascer ou acabado de nascer, é um momento de muita angústia para os pais, marcado pelo medo de perder o bebé e as preocupações sobre a saúde da criança e sobre a sua futura qualidade de vida (Hoehn *et al.* 2004).

Após o nascimento, todos os pais têm de se adaptar à perda do bebé desejado, que pode não corresponder ao bebé real. Mas essa tarefa está dificultada para os pais

de um bebé com malformações congénitas, pois não é só um bebé diferente do sonhado, é também um bebé imperfeito e estranho (Rolim & Canavarro, 2001).

O estabelecimento de uma ligação precoce entre os pais e o bebé vai contribuir de forma positiva para o comportamento da criança ao longo da vida. A relação da mãe/pai-bebé vai influenciar o desenvolvimento da criança, influenciando as funções de aprendizagem, pensamento e competências emocionais e sociais futuras. (Brazelton, 1992). Assim, o primeiro ano de vida é uma fase fundamental da construção do processo de vinculação, que também segundo CIPE® (OE, 2011), “*consiste na ligação entre a criança e a mãe e/ou pai e na formação de laços afetivos*”.

O estudo de Bowlby (1981) salienta a importância da mãe para o desenvolvimento sócio emocional da criança e da qualidade da relação se inicia nos primeiros meses da criança, acompanhando o indivíduo em todo o seu ciclo de vida e interferindo com toda a dinâmica e saúde familiar. A sua teoria assenta no facto de a criança estabelecer um laço emocional e afetivo com a mãe e cuidadores (figuras de vinculação), em troca de satisfação das necessidades básicas de alimentação e proteção.

Bowlby (1981) também identificou que a mãe não está só preocupada com os cuidados ao bebé, mas também necessita e de ser ela a promotora da satisfação das suas necessidades. O facto de a mãe não poder, ainda que temporariamente desempenhar esses cuidados, como exemplo por doença/hospitalização da criança, pode prejudicar o vínculo afetivo mãe-bebé criado ainda durante gravidez. Isto porque, o apego dos pais ao bebé também se prende com a capacidade de integração de forma coerente das experiências positivas e negativas que acontecem e que vão condicionar a construção de comportamentos de vinculação e o tipo de vinculação presente.

De acordo com *Public Health Agency of Canada, First Connections...make all the difference*, citado por DGS (2005), os comportamentos de vinculação são aqueles que favorecem a proximidade física do bebé com a pessoa que cuida dele. Como exemplo, é referido o choro, o sorriso e o olhar, como comportamento de sinalização do bebé, que conduzem a mãe a entrar em relação com ele. No mesmo

documento são referidos quatro tipos de vinculação: “vinculação segura”, “vinculação insegura-evitante”; “vinculação insegura-ambivalente” e “vinculação insegura-desorganizada”. O pretendido é intervenções de enfermagem que potenciem o contacto dos pais com a criança e que proporcionem o estabelecimento de uma vinculação segura. No **Anexo I**, são apresentados os “comportamentos do bebé/criança face ao dador de cuidados” e os “comportamentos do dador de cuidados” que caracterizam cada tipo de vinculação. No **Anexo II** são caracterizados os modelos operativos internos do bebé, também segundo os diferentes tipos de vinculação.

1.3 A Teoria das Transições: a transição para a parentalidade

As transições humanas têm sido objeto de estudo e investigação em enfermagem por diferentes autores, tornando-se a transição um conceito cada vez mais utilizado em teorias de desenvolvimento e adaptação.

O desenvolvimento da teoria da enfermagem sobre as transições resultou do contributo de diferentes estudos realizados ao longo dos anos, por Meleis e colaboradores tendo por base as experiências de transição dos indivíduos. Meleis (2010) defende que, com algumas variações, os metaparadigmas que segundo Fawcett (1984) definem a enfermagem - pessoa, ambiente, saúde e intervenções terapêuticas de enfermagem - são elementos chave da disciplina, permitindo uma visão global e holística da experiência do cuidar.

Esta teoria tem por base o paradigma de transformação, identificado por Kérrouac *et al.* (1994), segundo a qual os cuidados de enfermagem baseiam-se no conhecimento dos indivíduos como um todo, com enfoque nos padrões de resposta humana e na essência da relação paciente-enfermeiro, em que a patologia presente é relevante, mas não substancial para a planificação dos cuidados.

Segundo Meleis (2010), uma transição traduz-se como uma mudança no estado de saúde, no papel desempenhado dentro das relações, nas expectativas ou nas

capacidades do indivíduo, existindo um padrão de resposta ao longo de um período de tempo.

Assim, a “Teoria das Transições” de Afaf Meleis considera os processos transacionais, esperados ou não, que os indivíduos e famílias passam ao longo do seu ciclo de vida, como o conceito central do cuidar em enfermagem. Esta teoria considera a existência de quatro tipos de transições: desenvolvimento, situacionais, organizacionais e saúde-doença (Meleis *et al.* 2000). No **Anexo III** é apresentado o esquema de Meleis sobre o modelo da sua teoria.

Os enfermeiros ao cuidarem dos pacientes e das suas famílias e ao acompanhá-los ao longo das diferentes etapas da vida, encontram-se numa posição privilegiada para identificar os processos transacionais em curso, promover uma transição saudável e conseqüente bem-estar e adaptação à nova condição. Assim sendo, o enfermeiro trabalha com a pessoa nestes momentos de maior vulnerabilidade, acompanhando-a antes, durante e após o processo de transição.

Transição é um processo que ocorre ao longo do tempo e tem um sentido de fluxo e movimento. Por exemplo, a natureza da mudança que acontece a nível individual ou familiar é nas identidades, papéis, relações, habilidades e padrões de comportamento, enquanto a nível organizacional a mudança é na estrutura ou função.

Com nascimento de uma criança, essencialmente do primeiro filho, o casal encontra-se a atravessar uma transição de desenvolvimento, inerente à evolução esperada dentro do seu percurso do ciclo de vida familiar. Este momento implica um período de mudança, relacionado com a necessidade de desenvolvimento de competências que permitam o desempenho do novo papel e também com a interiorização de uma nova identidade.

O nascimento de uma criança com problemas de saúde é um exemplo de período de maior vulnerabilidade para os pais, pelo confronto com o desconhecido e por se sentirem incapazes e inseguros perante uma situação inesperada. Quando os pais são confrontados com o diagnóstico de cardiopatia congénita no seu filho, inicia-se

um processo de múltiplas alterações e ajustamentos a nível psicológico, familiar e social, dada a doença que pode ter carácter permanente.

As transições são múltiplas, podendo ser sequenciais ou simultâneas, e referem-se ao processo e ao resultado da complexa interação, entre o ambiente e a pessoa (Meleis, 2010). O nascimento de uma criança com doença cardíaca congénita e o momento do diagnóstico foi estudado por Messias *et al.* (1995) e citado por Meleis *et al.* (2000) e revelou a sobreposição de uma transição inesperada com possíveis resultados negativos: tornar-se pai de uma criança com problema de saúde, em vez de a transição para a parentalidade esperada de um recém-nascido saudável. Este processo configura-se, para além de uma transição de desenvolvimento, simultaneamente uma transição saúde-doença e também situacional, aquando dos períodos de hospitalização da criança. Contudo, é importante não esquecer que enquanto os pais experienciam a transição para o papel de cuidadores, também a criança, como receptora de cuidados, experiencia o papel de ser cuidada.

Meleis (2010) determinou que existem condições que são facilitadoras ou inibidoras das transições. No caso de doença da criança, a «significação» pessoal que os pais atribuem à doença do filho, as suas expectativas e o nível de conhecimento sobre toda a situação vão ser condições facilitadoras ou inibidoras do processo. Também o ambiente físico e psicossocial em que os pais e a criança estão incluídos são fatores importantes, facilitando ou inibindo os tratamentos e os resultados obtidos. Socialmente o estigma e as crenças culturais criadas em torno da doença, pode vir a originar um isolamento dos pares, fator inibidor da adaptação à nova condição.

A conclusão de uma transição implica que a pessoa atingiu um período de menos perturbação ou de maior estabilidade, através de um crescimento relativamente ao que ocorreu antes. Aprender a viver numa família com uma criança que nasce com problemas de saúde, constitui um grande desafio, no qual a doença deixa de ser considerada uma fatalidade para ser integrada no estilo de vida da família. A família assume a «mestria do papel» quando consegue integrar na sua estrutura e funcionalidade novos padrões de comportamento através de uma redefinição do *self* e reconhecimento do novo papel parental e de cuidador, simultaneamente (Meleis, 2010).

2. FUNDAMENTAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETO DO ESTÁGIO

O diagnóstico de uma cardiopatia congênita, independentemente de ser conhecida ou não ainda durante a gravidez, e consequente hospitalização é sempre uma situação inesperada e que constitui uma crise na vida do bebê e dos pais, condicionando um processo transacional pelas várias mudanças que estas experiências vão proporcionar a toda a família.

A gravidez é um período marcado pelo receio de malformações. O diagnóstico pré-natal de doença congênita permite alguma antecipação sobre o que esperar e procurar aconselhamento sobre o tratamento a seguir, no caso de anomalia. A oportunidade de tornar conhecido o inesperado e planejar o nascimento do bebê, diminuí, segundo o estudo de Hoehn *et al.* (2004), o *stress* dos pais quando o bebê nasce. Contudo, esta realidade nem sempre é possível, sendo que na prática clínica, ainda surgem inúmeros casos de crianças sem diagnóstico pré-natal e onde os pais são confrontados com a doença da criança, normalmente durante as primeiras horas/dias de vida (nas cardiopatias mais graves), aquando da descompensação do seu quadro clínico, habitualmente ainda durante o período de internamento da mãe no serviço de obstetrícia

De acordo com um estudo desenvolvido por Klaus *et al.* (1975), existe um percurso previsível das reações parentais após o nascimento de uma criança com malformações congénitas, as quais na prática são passíveis de identificar na prática e de antever. Inicialmente, os pais vão passar por uma fase de choque, caracterizada por momentos de choro, pena e até comportamentos irracionais, aquando do momento do diagnóstico.

Posteriormente, ocorre um processo de negação sobretudo se o bebê parece bem e a malformação não é visível. Esta situação é muito comum nos bebês que se encontram internados e aguardar cirurgia e se encontram assintomáticos sob efeito de medicação, sendo que os pais referem muitas vezes que ele parece saudável e talvez nem precisasse de ser operado (Klaus *et al.*,1975).

Numa terceira fase (Klaus *et al.*,1975)., caracterizada por momentos de tristeza, raiva e ansiedade os pais vão vivenciar, como também referido por Aldridge (2005), fatores de *stress* relacionados com a incerteza sobre o futuro, o medo do desconhecido, o sofrimento da criança, a incapacidade para ajudar do filho e a conseqüente perda do papel parental. A separação pais-bebé foi de todos estes fatores, aquele considerado pelos pais como mais significativo.

No contexto do cuidar, através do levantamento informal das necessidades sentidas pelos enfermeiros do serviço de cardiologia pediátrica, foi constatado que os enfermeiros conseguem identificar que esses sentimentos são vivenciados pelos pais. Mas, também que a equipa de saúde sente dificuldade em ajudar os pais na gestão destas emoções e na assunção da sua parentalidade, em contexto de doença do seu bebé.

Uma primeira questão se coloca: de que forma os enfermeiros que trabalham em UCIPED podem ajudar estes pais? Que estratégias podem utilizar?

Contudo, há também que atender ao referido por Aldridge (2005), que alerta para o facto de pais e enfermeiros poderem ter percepções diferentes sobre os fatores de *stress* que afetam os pais e sobre as suas necessidades, daí também ser uma preocupação deste trabalho. Como poderão os enfermeiros clarificar as necessidades/fatores de *stress* sentidos pelos pais nestas condições?

Klaus (1975), também concluiu que nesta fase o medo da morte e perda do bebé afeta um processo de vinculação que já se encontra condicionado pela perda do bebé desejado em detrimento de um bebé com uma malformação congénita. Simões e colaboradores (2010) alertam para o facto de no caso dos recém-nascidos, a separação das primeiras horas originar nos pais, sentimentos de tristeza, fragilidade ansiedade, revolta e culpa. Esta situação acaba por tornar-se muito frequente no serviço de cardiologia pediátrica, nomeadamente nos casos em que não ocorreu diagnóstico pré-natal e o bebé nasce longe do centro de referência e têm de ser transportado nas primeiras horas de vida, para confirmação de diagnóstico e pela necessidade de cuidados diferenciados. Não obstante, o mesmo autor também refere que nos casos de diagnósticos mais tardios, depois do 1º mês, de vida,

também pode ocorrer esse tipo de sentimentos, mas por aumento do medo da separação, devido à proximidade crescente com a criança.

Há um reconhecimento geral pela equipa de tentar minimizar os efeitos da separação e possíveis consequências no processo de vinculação, atendendo às necessidades dos pais e tornando a experiência da hospitalização menos traumática, limitando sempre que possível a separação pais-criança. O que coloca outras questões: de que forma podem os enfermeiros avaliar o processo de vinculação em curso entre a mãe/pai e a criança? Que intervenções podem utilizar para promover essa vinculação?

Também a experiência de internamento na UCIPED é um momento de muito *stress* para os pais e que mereceu a atenção de Meleis e colaboradores (2010) nos seus estudos sobre a transição de desenvolvimento, nomeadamente a transição para a parentalidade em unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN). O internamento em UCIN constitui um fator inibidor à transição para a parentalidade e ao processo de vinculação, com os pais dominados pelo sentimento de não conseguirem proteger o seu bebé e não de não serem autossuficientes para assegurar a sua sobrevivência, dependendo dos profissionais de saúde para cuidar do filho (Cleveland, 2008; Barros, 2001).

Todas estas situações merecem a atenção da equipa de enfermagem, que no serviço de internamento se traduzem formalmente pelo levantamento através da CIPE (versão Beta) de focos sobre o papel do prestador de cuidados. Informalmente, os enfermeiros referem também dificuldades ou limitações na apreciação do processo transacional vivido por estas famílias e na definição de estratégias facilitadoras de uma transição saudável para a parentalidade. Esta deveria ser uma área de investimento crescente, pois tal como a Watson (2002) refere, o cuidar em enfermagem tem enfoque nas relações humanas, nas transações entre a pessoa e o seu ambiente e, também, como estes elementos afetam a saúde e o bem-estar dos indivíduos.

O suporte fornecido aos pais e as intervenções que minimizem as condições de separação da criança e promovam a sua inclusão nos cuidados pode minimizar ou impedir este risco e promover a parentalidade e vinculação (Diaz-Caneja *et. al* 2005)

Quando o bebê tem de ser transferido para outra unidade de saúde especializada que dê resposta à sua doença, o processo de vinculação fica ainda mais prejudicado, por isso também é dever das instituições se organizarem e planejarem o nascimento das crianças com problemas congênitos conhecidos por diagnóstico pré-natal, de forma a reduzir ao máximo a separação da criança com a família.

É neste sentido que esta problemática deve ser perspectivada, conduzindo segundo o modelo de Klaus (1975) à quarta fase, a de adaptação, na qual existe uma diminuição da ansiedade e das reações emocionais e um desenvolvimento do processo de vinculação, estreitando-se e fortalecendo-se a relação entre pais e bebê.

Depois da crise, Klaus (1975) refere que ocorre a reorganização de todo o sistema familiar, paralelamente ao defendido por Meleis (2010) na sua Teoria das Transições, cujo final do processo culmina na aquisição de um estado de maior equilíbrio e bem-estar que o anterior e que deve ser o foco de cuidados do enfermeiro e que se coaduna com o intuito que este projeto pretende alcançar, percorrendo este caminho com cada uma destas famílias, mas atendendo às suas singularidades.

Assim, se demonstra a pertinência de desenvolver um projeto nesta área temática e que responda à questão: quais são as estratégias promotoras (facilitadoras) da transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida em contexto de doença cardíaca congénita?

O intuito foi a elaboração de um programa de cuidados de enfermagem promotores de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano da vida da criança com cardiopatia congénita, que incorporasse os modelos de intervenção de enfermagem mais adequados na resposta às questões apresentadas. Este programa pretende uma aposta numa filosofia de cuidados pediátricos centrados na família, uma parceria de cuidados e o recurso a práticas de cuidados não traumáticos, que atenda às forças e dificuldades de interação com o bebê.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

Neste capítulo será feita uma descrição da componente prática deste percurso formativo, apresentando os estágios selecionados para dar resposta aos objetivos gerais e específicos, delineados para a sua concretização. Será feita uma apresentação das metodologias utilizadas no planeamento das atividades e a descrição, análise e discussão das atividades desenvolvidas e consequente integração com a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem, preconizadas pela OE.

Segundo Fortin (2003), em concordância com a temática definida, é necessário determinar os métodos a utilizar para obter as respostas às questões colocadas anteriormente. Nesse sentido, foram definidos os seguintes objetivos gerais e respetivos objetivos específicos:

- Desenvolver competências na mobilização dos modelos de intervenção em ESIP, nomeadamente no domínio da transição para a parentalidade;
 - Analisar as estratégias e as intervenções de enfermagem promotoras de uma transição saudável para a parentalidade
 - Prestar cuidados de enfermagem que mobilizem os modelos de intervenção em ESIP, com maior enfoque na promoção da transição saudável para a parentalidade, em contexto de saúde e doença à criança e família;

- Desenvolver um programa de cuidados de enfermagem promotores de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança com cardiopatia congénita, em contexto de internamento em cardiologia pediátrica.

- Sensibilizar os enfermeiros do serviço de cardiologia pediátrica para as necessidades dos pais, no processo de transição para a parentalidade da criança hospitalizada com cardiopatia congénita, no primeiro ano de vida;
- Elaborar uma proposta de “Programa de cuidados de enfermagem promotor de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança com cardiopatia congénita”, em contexto de internamento em cardiologia pediátrica.

Tendo como finalidade a concretização destes objetivos, foram definidos os locais de estágio indicados para o desenvolvimento das atividades propostas e também os recursos humanos, físicos e materiais necessários à sua concretização.

A seleção dos serviços que constituíram os campos de estágio e a sua organização cronológica teve como perspetiva a já referida proposta de programa relativa ao 2º objetivo geral. Assim, em primeiro lugar pretendi compreender o processo de transição para a parentalidade, em contexto de saúde e posteriormente de doença aguda e por fim de doença com carácter crónico para a criança e família, nomeadamente no primeiro ano de vida e em contexto de cardiologia pediátrica.

Como locais de estágio foram escolhidos uma unidade de saúde familiar (USF), uma unidade de internamento de pediatria geral (UIPG), um serviço de urgência pediátrica (UP), uma unidade de cuidados intensivos pediátrica (UCIPED), uma unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) e um serviço de cardiologia pediátrica – serviço de internamento (enfermaria) e UCIPED (contexto de trabalho). Este percurso pode ser visualizado temporalmente em “**Cronograma de Estágio**” no **Apêndice I**. O período de estágios decorreu entre 8 de Outubro de 2012 e 16 de Fevereiro de 2013.

Em termos de recursos humanos foram primordiais, as crianças, os pais e restante família, sendo também eles os beneficiários dos cuidados prestados. Também, a equipa de enfermagem teve um extremo contributo, como fonte de observação e conhecimento sobre as estratégias promotoras da parentalidade, já utilizadas nos diferentes locais de estágio. As entrevistas e enfermeiros peritos na temática e as

intervenções realizadas pelos enfermeiros especialistas em ESIP e orientadores das atividades desenvolvidas foram um contributo importante.

Como recursos físicos, é de salientar os diferentes serviços que autorizaram o desenvolvimento deste percurso formativo. Como recursos materiais, foi utilizada informação de livros sobre as temáticas em estudo e artigos com evidência científica, resultado de pesquisa realizada nas bases de dados *EBSCO HOST*[®] e *SCOPUS ELSEVIER*[®] durante o ano de 2013 e 2014. Também consultei normas, protocolos e *dossiês* temáticos dos locais de estágio e os registos de enfermagem e restante processo clínico da criança e família.

Benner (2001) refere que a investigação demonstra que a prática é em si mesma, um modo de obter conhecimento, salientando a ideia que a prática clínica é uma fonte muito importante de saber. Através da experiência, quando fundamentada e refletida, os enfermeiros não adquirem apenas conhecimentos técnicos, mas também competências que incorporam as interações humanas, uma estrutura moral e os ganhos e as perdas em saúde ao longo do tempo, pois os pacientes e famílias também são fonte de saber.

No sentido, de otimizar e orientar as atividades a desenvolver no contexto prático, foi elaborado um “**Guia orientador das atividades de estágio**” (Apêndice II). As atividades foram estabelecidas em função dos objetivos definidos, tirando partido do que cada contexto de estágio teria para oferecer como contributo para este trabalho, mas também em função das necessidades específicas de cada serviço, de acordo com a temática em estudo. Dessa forma, foram planeadas atividades que acabaram por ser comuns a todos os campos de estágio e atividades mais específicas, relacionadas com cada um dos contextos. Este planeamento inicial, foi progressivamente sendo ajustado de acordo com as necessidades identificadas nos campos de estágio e também com os resultados das atividades que foram sendo desenvolvidas entretanto.

Segundo Hockenberry (2006), as características dos pais e das crianças influenciam o processo de parentalidade e as respostas à doença e consequente hospitalização da criança. Tendo em conta, o já descrito no enquadramento teórico, em que Meleis (2010) refere a importância de conhecer as particularidades de cada família, uma

das primeiras atividades a ser estabelecidas, consistiu na construção de um instrumento, que permitisse conhecer melhor cada família e os processos transacionais em curso. Este guião de observação centrou-se nas alterações, fatores e manifestações relacionadas com processo de parentalidade e na apreciação dos processos de transição em curso, nomeadamente de transição para a parentalidade, foi utilizado e aperfeiçoado por mim através da própria experiência de utilização junto das famílias a quem prestei cuidados. O **“Guião de orientação para registo dos comportamentos de transição para a parentalidade”** (Apêndice III) permitiu orientar a observação e registar a observação realizada. Nele, foram esquematizados os seguintes aspectos a ter em conta, segundo a Teoria das Transições: o tipo de transição ou transições presentes, os modelos, propriedades, dimensões, condições (fatores inibidores ou facilitadores), padrões de resposta e intervenções de enfermagem.

Relembrando o conceito de parentalidade, que segundo Cruz (2005) são o *“conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade”*, percebe-se que é um processo em constante mutação, porque exige dos pais a adaptação a cada estágio de desenvolvimento dos filhos e adaptação das expectativas criadas em torno de cada etapa. Se por lado, está relacionado com fatores biológicos que permite a continuidade da espécie, por outro é um processo normal e esperado a nível social e faz parte dos objetivos de vida partilhados pelos casais. Tem ainda cariz irreversível sendo uma condição permanente.

Ao longo da vida as pessoas são confrontadas com conjuntos de mudanças que consistem em transições essenciais do percurso de vida. O momento de transformação em pai e mãe é uma das transições mais significativas. Este evento crítico tem pertinência significativa na prática de 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 provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências (Meleis, 2000).

Assim, e para dar resposta ao primeiro objetivo geral e como atividade transversal a todos os campos de estágio, pretendeu-se a identificação dos modelos e práticas de enfermagem promotoras de uma transição saudável para a parentalidade. Nesse sentido, foram desenvolvidas atividades de leitura e normas de serviço e protocolos existentes sobre os modelos e práticas com enfoque nessa temática. Também pesquisa bibliográfica de evidência científica, relacionada com o tema e especificamente com a área de diferenciação de cada contexto de estágio.

Foram aprofundados conhecimentos teóricos que enfatizassem os modelos de cuidados centrados na família, parceria de cuidados e técnicas de comunicação que permitissem a criação de uma relação terapêutica com os pais e facilitadoras da gestão da vivência da parentalidade em contexto de doença.

Em cada local de estágio, foi previamente realizada uma reunião com o enfermeiro chefe e também com o enfermeiro orientador, para apresentação do projeto, a pertinência da temática e dar a conhecer a problemática em estudo. Nesta apresentação, foram dados a conhecer os objetivos que se pretendiam atingir e as atividades traçadas nesse sentido. Também, foram também analisadas as necessidades de cada local referente ao problema em estudo, de forma a planear o contributo deste projeto nos diferentes locais que o acolheram e criaram a estrutura necessária ao seu desenvolvimento ao longo dos meses.

Em todos os campos de estágio foram realizadas uma entrevista semiestruturada à Enf.^a Chefe e/ou aos enfermeiros ESIP de forma a ficar a conhecer a dinâmica do serviço e às práticas já implementadas, que fossem promotoras da transição saudável para a parentalidade.

Foram planeadas e realizadas entrevistas a peritos, que permitiram aproximar o referencial teórico e prático desta temática, através da aproximação a alguém com experiência na área em questão. Vou salientar a realização de uma reunião com uma perita na promoção da esperança em pais de criança com doença crónica, cujos contributos foram de extrema utilidade e mobilizados de forma transversal em todos os contextos de estágio (**“Guião de orientação para reunião com Professora Zaida Charepe”** – Apêndice IV).

Também, a partilha de experiências com os colegas e orientação das professoras durante os seminários realizados em contexto académico, a par das reuniões de orientação com a professora orientadora do estágio foram recursos importantes no desenvolvimento deste trabalho e no delineamento do percurso a percorrer.

Benner (2001), refere que a prática clínica requer que a enfermeira desenvolva competências através da prática de comportamentos éticos e um julgamento clínico informado por evidência científica. Gostava de salientar que a minha atuação foi também orientada pelo Código Deontológico do Enfermeiro e a sua valorização aproximou-me de uma prática reflexiva. Todas as atividades foram desenvolvidas com a preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, considerando o alívio do sofrimento da criança e sua família, com primazia do princípio da beneficência e da não maleficência. Os direitos das crianças foram respeitados, valorizando a sua vulnerabilidade e autonomia dos pais e crianças. Na descrição das experiências considere o princípio da confidencialidade, assim como nas entrevistas enalteci o direito à privacidade e anonimato. Foram respeitados os valores universais da própria relação profissional, manifestada pelo respeito pela igualdade, verdade e justiça, na busca da competência e aperfeiçoamento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A análise e discussão das atividades vão ser apresentadas em seguida, tendo em conta a sua concretização em cada contexto de estágio.

3.1 Unidade de saúde familiar

A USF escolhida para desenvolver este projeto situa-se no distrito de Lisboa e está inserida num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). A missão da instituição é *“prestar aos utentes cuidados de saúde humanizados e de proximidade, que contribuam para a melhoria do respetivo nível de saúde”*. Abrange uma população de cerca de 15 000 utentes. Como USF, todos os utentes tem atribuído um “médico” e “enfermeiro de família”. Dos 8 enfermeiros que constituem a equipa de cuidados, existem duas enfermeiras especialistas em ESIP. As atividades de estágio

decorreram no âmbito da consulta de saúde infantil e juvenil (incluindo visitação domiciliária) e vacinação.

Este primeiro estágio teve uma duração de três semanas e no sentido de responder ao objetivo específico de analisar as estratégias e as intervenções de enfermagem promotoras de uma transição saudável para a parentalidade, procurei por começar entender a concepção de transição para a parentalidade e as suas representações para o pai, mãe e criança, bem como para a restante família, sem ser em contexto de doença do bebé. Porque entender as dificuldades sentidas por estas famílias a atravessar esta fase, como etapa esperada e evolutiva do ciclo de vida familiar, iria mais tarde permitir-me compreender melhor as dificuldades sentidas pelos pais que vivenciam este processo com dificuldades acrescidas, em contexto de doença do seu filho.

Nesse sentido, foi planeada e realizada uma **“Entrevista semiestruturada à enfermeira orientadora da USF”** (Apêndice V) com especialidade em ESIP e informalmente também, fui tentando em todos os momentos possíveis, informar-me junto das enfermeiras, nomeadamente das enfermeiras com ESIP, sobre a sua perspetiva sobre esta temática e também sobre as principais dificuldades que consideravam serem sentidas pelos pais. Assim, da sua experiência, as enfermeiras que desenvolvem as consultas de saúde infantil referem que as necessidades dos pais, nos primeiros meses da criança, estão sobretudo relacionadas com a amamentação, falta de experiência para cuidar da criança e a adaptação aos novos hábitos. Mais tarde, surgem dúvidas relacionadas com a introdução de alimentos e diversificação alimentar. Questões relacionadas com a segurança e prevenção de acidentes são também uma preocupação constante dos pais e transversais ao primeiro ano de vida, com dúvidas adaptadas a cada etapa de vida do bebé. É de salientar que estas dificuldades estão relacionadas com os aspetos contemplados no PNSIJ (2013), como necessitando de uma estratégia de orientação antecipatória

Os pais sentem-se inseguros e com medo de falhar na missão de cuidar e conhecer o seu bebé e necessitam que lhes sejam transmitidos os conhecimentos necessários ao desempenho deste novo papel, simultaneamente com a validação das competências parentais já desenvolvidas e dos conhecimentos já adquiridos. Indo ao encontro do que Meleis refere, na consulta de saúde infantil confirma-se que a

existência de modelos e o apoio de familiares (como por exemplo, avós e tios presentes) são condições facilitadoras deste processo, bem como a existência de experiências anteriores, como seja o caso de um segundo ou mais filhos.

Também a frequência de cursos de preparação para o parto, em que são abordadas temáticas que permitem capacitar os pais ao longo da gravidez para a nova fase que os espera, são condições reconhecidas como facilitadoras pelas enfermeiras e constatadas por mim durante o estágio. Indo mais uma vez ao encontro da teoria de Meleis, quando refere a importância da “preparação e conhecimento” na promoção da transição saudável.

O nível socioeconómico também é um factor condicionante. As mães também referem muitas vezes preocupações sobre regresso à vida profissional e a quem delegar e confiar os cuidados do bebé, sendo uma etapa marcada por decisões difíceis e inúmeras preocupações. Esta questão, relacionada com o planeamento do futuro, pode ser considerada como um indicador de processo (Meleis, 2010), indicativo da adaptação a nova condição de forma saudável.

Todos estes aspetos fortaleceram a necessidade já detetada anteriormente de elaborar um instrumento que orientasse a observação, registo e análise destes aspetos. Assim, iniciei a construção do “**Guião de orientação para registo dos comportamentos de transição para a parentalidade**” (Apêndice III), onde se contemplam: Tipo (s) de transição presentes - modelos, propriedades e dimensões; Condições/Fatores inibidores ou facilitadores (da pessoa, comunidade e sociedade); Padrões de resposta (processo e resultado) e Intervenções de enfermagem (*Role Supplementation*).

Segundo o *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (PNSIJ) (DGS, 2013), as consultas de saúde infantil e juvenil tem como objetivo cuidados de vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança e do adolescente, desde o nascimento até aos 18 anos, apoiando os pais e criança na promoção da saúde e prevenção da doença. A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil é uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação, sendo proposta a sua realização pela DGS em idades-chave. Durante a consulta, constatei que os pais sentiram-se à vontade para, num ambiente seguro e confortável,

partilharem os seus sentimentos e experiências positivas e negativas com as enfermeiras, que quotidianamente desenvolvem cuidados no sentido do seu bem-estar e com quem já estabeleceram uma relação terapêutica durante o acompanhamento da gravidez, nas consultas de saúde materna. Sendo esta uma vantagem que demonstra a pertinência do enfermeiro de família, metodologia utilizada pelas USF.

Destas consultas, advieram momentos de aprendizagem de extrema importância para o trabalho desenvolvido deste relatório. Através das intervenções de enfermagem desenvolvidas pelas enfermeiras orientadoras, com quem tive a oportunidade de colaborar e de desenvolver consultas de saúde infantil de forma autónoma, com a sua supervisão. Foram realizados os devidos registos de enfermagem no *Boletim de saúde infantil e juvenil*, *boletim de vacinação* e no *Medicine One* (programa de registos informáticos em vigor na USF).

Durante as consultas tive oportunidade de desenvolver inúmeras competências, que deram resposta ao objetivo específico *prestar cuidados de enfermagem que mobilizem os modelos de intervenção em ESIP*, nomeadamente a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil em crianças de várias idades. Apliquei os testes de desenvolvimento utilizados na USF, que tem por base a avaliação de desenvolvimento proposta por *Mary Sheridan*, em todas as idades preconizadas pela DGS, registando os resultados no processo da criança e no *Boletim de saúde infantil e juvenil*.

Os momentos de interação com a criança, pais e restante família durante os primeiros dias de vida da criança e que se estendem com maior regularidade durante o primeiro ano, seja na realização da consulta de saúde infantil, vacinação ou mesmo visitação domiciliária, são oportunidades importantes para avaliar o processo de transição para a parentalidade e desenvolver intervenções promotoras da mesma. Uma das estratégias utilizadas pelas enfermeiras da USF para facilitar a transmissão de conhecimentos que levam ao desenvolvimento de competências parentais é a entrega de folhetos no final de consulta, com a informação chave transmitida e explicada verbalmente e correspondem às principais dúvidas em cada etapa da vida da criança.

Também, a realização do teste de rastreio de doenças metabólicas, realizado preferencialmente entre o 3º e o 6º dia de vida da criança, é uma oportunidade privilegiada para validar com os pais alguns conhecimentos transmitidos ainda na maternidade, esclarecer dúvidas e verificar como está a decorrer o processo de transição para a parentalidade. Durante o período de estágio, foi possível acompanhar desenvolver esta intervenção.

Acompanhei o caso de uns pais após o nascimento de um segundo filho, em que a mãe tinha apresentado um quadro de depressão pós-parto, após a primeira gravidez. Durante o contacto para a realização desta intervenção, a mãe demonstrou indícios de labilidade emocional, demonstrando choro fácil e um cansaço extremo, reconhecendo que essa situação se devia sobretudo ao facto de querer ser ela a realizar todas as tarefas relacionadas com o bebé, não deixando o pai participar ou mesmo recorrer à ajuda de outros familiares.

Com a supervisão e orientação da enfermeira orientadora, criou-se um ambiente propício à partilha das dificuldades, dúvidas e receios deste casal. Durante este encontro de pais foi possível reconhecer os momentos mais tensos, fazer a gestão dos silêncios, incentivar a partilha das dúvidas, os seus medos e receios, reconhecendo a importância que estas manifestações teriam no estabelecimento de uma relação terapêutica com estes pais. Proporcionou-se este momento de partilha em casal e também individualmente com cada deles, tentou identificar-se os problemas em questão e clarificar algumas questões, como o pai poder substituir a mãe em momentos de alimentação do bebé com leite materno, de forma a proporcionar os momentos de sono necessários à recuperação e descanso físico da mãe.

Relembrando Meleis (2010) e a valorização do suporte familiar como estratégia facilitadora da transição para a parentalidade, trabalhou-se com esta família a identificação dos recursos familiares disponíveis e sobretudo incentivou-se a mãe a incluir o pai nos cuidados ao bebé, até porque a mãe refere sentir confiança no pai para a substituir, não apontando ser essa a razão do seu problema, mas sim ela sentir que as tarefas deviam ficar a seu cargo. Foram feitos os devidos registos em relação a esta situação e planeado o acompanhamento necessário a esta família, com quem foi possível voltar a contactar novamente durante o período de estágio e

constatar a eficácia das intervenções realizadas, através da verbalização dos pais que a ajuda das enfermeiras foi eficaz e que houve uma evolução positiva da situação.

Durante a vacinação, além do desenvolvimento de competências relacionadas com a administração de vacinas de acordo com as orientações expressas do Programa Nacional de Vacinação, foi possível analisar questões como as relativas ao espaço destinado à vacinação, com um ambiente acolhedor, cores suaves, desenhos na parede e bonecos para distração da criança. Este foi um momento oportuno para perceber a interação entre os pais e a criança, destacando alguns indicadores como sejam a forma como a acalmavam e consolavam na preparação e durante o procedimento doloroso, os gestos de afeto, utilização da sucção não nutritiva e do brinquedo significativo.

No PNSIJ (2013), também é referida a importância de *“desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas”* (DGS, 2013). Durante o estágio, pude constatar que estes são momentos privilegiados, pois permitem a observação da família no seu ambiente, e uma apreciação mais eficaz sobre os relacionamentos e a dinâmica familiar. É possível observar o ambiente de cuidados do bebé e um esclarecimento de dúvidas mais eficaz sobre algumas temáticas relacionadas com os cuidados ao recém-nascido, podendo ser proporcionadas condições de ensino e treino dos pais para a aquisição de algumas competências.

O novo PNSIJ recomenda um maior enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos. Assim, são privilegiadas as intervenções proporcionadas pelos profissionais de saúde com o intuito de facilitar e promover o exercício da parentalidade, capacitando os pais através do aumento dos conhecimentos e da motivação das famílias. A detecção precoce e intervenção em situações de risco ou especialmente vulneráveis são fundamentais quanto à prevenção de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência, pois estima-se que 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental (DGS, 2013).

Os profissionais de saúde devem proceder à identificação de crianças com necessidades especiais, em situações de risco ou especialmente vulneráveis e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, promovendo a parentalidade através da capacitação das famílias. As enfermeiras com ESIP da USF onde estagiei participam na reunião mensal do ACES do grupo de risco, onde são discutidos casos de situações de capacidade parental comprometida e delineadas as intervenções, de acordo com as diretrizes da DGS em *Maus tratos em crianças e jovens - guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção* (DGS, 2011). Alguns destes casos de maus tratos são detetados durante as consultas de saúde infantil e devidamente sinalizados, referenciados e acompanhados também nestas reuniões mensais e multidisciplinares.

Alguns indicadores destas situações em que ocorrem maus tratos infantis são possíveis detetar no decorrer das consultas de vigilância de saúde infantil, como sendo a ausência de vigilância da saúde da criança, cuidados de higiene deficientes, perturbações de crescimento e desenvolvimento infantil, a qualidade da interação pais-criança observada durante os momentos de contato com a família e crianças com lesões frequentes e recorrentes (DGS, 2011). Nestes casos, são planeadas intervenções que visem o reforço da parentalidade e consultas de enfermagem e médicas em intervalos mais regulares. No decorrer do estágio, foi possível observar o caso de algumas destas crianças, que se encontravam institucionalizadas e que vinham acompanhadas pela assistente social da casa de acolhimento e também da mãe ou pais, com o intuito promover a reintegração familiar. Pelo que nestas situações, o desenvolvimento da consulta de enfermagem centrava-se simultaneamente na assistente social enquanto cuidadora, como representante dos cuidadores atuais na instituição, e nos progenitores presentes, envolvendo-os nas questões de saúde relacionadas com a criança, numa perspetiva de promoção da parentalidade.

Neste campo de estágio, pretendia desenvolver atividades que dessem resposta ao primeiro objetivo geral, mas simultaneamente também dar resposta às necessidades sentidas pela instituição, nomeadamente pelas enfermeiras durante a prestação de cuidados, no âmbito da minha temática. Nesse sentido, foi globalmente referido pelos profissionais que seria útil a elaboração de uma *check-list* sobre a “**Presença**

de Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura” (Apêndice VI). Os indicadores de vinculação segura utilizados para construir este instrumento foram adotados integralmente do PSMGPI - Manual de Orientação para Profissionais de Saúde, quadro da pág. 11, DGS (2005). Assim, de forma esquemática e acessível, passou a ser possível a determinação da presença ou ausência de indicadores importantes na determinação da qualidade da relação estabelecida entre a criança e ambos os cuidadores.

No domínio das competências do enfermeiro especialista em ESIP, os conhecimentos e competências adquiridos e que obtive junto dos pais, permitiram-me melhorar e adequar o meu plano de cuidados às suas reais necessidades, no sentido do seu bem-estar e no caminho da sua melhor apropriação do papel parental. As atividades realizadas também contribuíram para a melhoria das competências de comunicação com os pais, sendo que, essa é, na minha perspetiva, a semente que faz florescer uma relação de cuidados, transformadora e sustentada em valores humanistas.

3.2 Serviço de internamento de pediatria geral

O SIPG selecionado para este percurso formativo de três semanas faz parte de uma instituição privada situada no distrito de Lisboa. Destina-se a crianças e jovens dos 0 aos 18 anos e é composto por 15 camas em quartos individuais e uma unidade de cuidados intermédios, com 4 camas para crianças que necessitem de uma maior vigilância, por se encontrarem em situações mais complexas ou que necessitem de oxigenioterapia. As crianças são internadas por situações de urgência, encaminhadas do serviço de atendimento permanente, ou internadas de forma eletiva maioritariamente para a realização de procedimentos cirúrgicos. A maior parte destas crianças são portadoras de um seguro de saúde ou beneficiárias de subsistemas de saúde com que o hospital apresenta acordos e convenções e que suportam parte dos gastos relacionados com o internamento.

A equipa de enfermagem do serviço de internamento é composta por 17 enfermeiros, sendo que uma enfermeira tem ESIP. Existe uma enfermeira responsável pela unidade de internamento de pediatria e também pela unidade de cirurgia ambulatória e uma enfermeira coordenadora responsável por este departamento, que inclui o Internamento Médico-Cirúrgico, UCI (Unidade de Cuidados Intensivos) e Área da Mulher e Criança

No serviço, existe uma central de enfermagem em posição central e localizada estrategicamente junto à unidade de cuidados intermédios. O serviço apresenta um corredor amplo de acesso à ala dos quartos individuais, que se encontram devidamente equipados às necessidades das crianças e dos pais. As crianças são devidamente instaladas em berços ou camas adequadas a cada idade e podem ter junto de si os seus brinquedos ou outros bens de que sintam necessidade. Podem ter o acompanhamento permanente dos pais e visitas de familiares e amigos, entre as 10 e as 22 horas. Durante a noite, pode ficar um acompanhante com a criança, normalmente o pai ou a mãe.

Pude constatar que os quartos individuais têm a vantagem de promover a privacidade, preservar a intimidade e criar um ambiente familiar propício à promoção da parentalidade, vistos os pais não sentirem de forma tão implícita o constrangimento causado pelo ambiente hospitalar e assim conseguirem mais facilmente manter o desempenho das suas competências parentais. Contudo, contrariamente ao que acontece nos serviços com outro tipo de estrutura, o convívio e partilha de experiências entre os pais e crianças, condição que segundo Meleis (2010) é facilitadora num processo de transição, acaba por ficar mais limitado. Contudo, este facto é colmatado pela existência de uma ampla sala de convívio onde existe um espaço de brincar e onde as crianças e pais podem conviver. Nesta sala, existem diferentes brinquedos adequados à idade de cada criança e também pósteres informativos sobre diferentes temáticas, dirigidos aos pais. Também encontra-se afixado um cartaz com os direitos em vigor na *Carta da Criança Hospitalizada*, do Instituto de Apoio à Criança (IAC).

Durante esta experiência de estágio prestei cuidados de enfermagem a crianças de diferentes idades e com as doenças comuns típicas da idade infantil, adquirindo assim novos conhecimentos e desenvolvendo competências no âmbito da prestação

de cuidados. Foi possível prestar cuidados de enfermagem a crianças a viverem situações de doenças infecciosas infantis e infeções respiratórias, mas também internadas para cirurgia pediátrica e ortopédica. A maior parte destas situações são de doença aguda requerem internamentos de curta duração. Assim, a diversidade de situações com que pude contatar, permitiu-me desta forma intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem.

Neste serviço de internamento, existe uma sala de tratamento para a realização dos procedimentos invasivos, valorizando assim o conceito de ambiente seguro em pediatria. Na preparação para o procedimento doloroso, as enfermeiras atendem à etapa de desenvolvimento da criança, adequando a linguagem e as estratégias e utilizar, em função disso e também das necessidades dos pais. Assim, durante este estágio foi possível desenvolver as minhas capacidades de comunicação utilizando técnicas apropriadas à idade e também às características individuais e mesmo culturais de cada criança e família.

Durante este estágio, foi possível trabalhar sobre uma filosofia de cuidados pediátricos que promove a parceria de cuidados, envolvendo os pais progressivamente nos cuidados ao filho, minimizando ao máximo a separação entre ambos. É promovida a presença durante a realização dos procedimentos dolorosos, promovendo assim o exercício da parentalidade e promovendo cuidados não traumáticos. São utilizadas técnicas não farmacológicas, como a distração da criança através da atividade do brincar, sucção não nutritiva ou a presença do objeto significativo e também técnicas farmacológicas como a aplicação tópica de anestésico local EMLA[®] para a punção venosa e utilização de sacarose antes dos procedimentos dolorosos em latentes.

Desta forma, consegui desenvolver competências na mobilização dos modelos de intervenção em ESIP. Mas atendendo a temática e ao objetivo de desenvolver competências nomeadamente no domínio da transição para a parentalidade, paralelamente dei continuidade a esse estudo neste contexto. Para isso, foi necessária a construção de um instrumento que permitisse o “**Registo de comportamentos parentais**” (Apêndice VII). Este resulta do trabalho desenvolvido na USF e visou a definição de indicadores que permitissem avaliar o processo de

transição para a parentalidade em curso, aliado a uma observação de cada família orientada pelo **“Guião de orientação para registo dos comportamentos de transição para a parentalidade”** (Apêndice III) que se encontra incorporado neste novo instrumento.

Os indicadores apresentados no apêndice VII foram estabelecidos com base no estudo sobre a transição para a parentalidade e nos dados da sua aplicação nas famílias a quem foram sendo prestados cuidados até este momento. Assim, foram estabelecidos os seguintes indicadores: planeamento da gravidez, promoção da saúde e bem-estar da criança, amamentação/aleitamento–alimentação da criança, desenvolvimento infantil, adoção de medidas de segurança, interação pai-mãe-criança(-irmãos), vinculação, suporte social e económico, planeamento para o futuro e padrões de comportamento parental. Os critérios que sustentam cada um destes indicadores estabelecidos têm por base a pesquisa feita anteriormente no capítulo 1 e devidamente referenciada no apêndice em questão.

Este instrumento foi utilizado ao longo dos estágios para as famílias durante o primeiro ano de vida da criança. Contudo, neste estágio surgiu a oportunidade de prestar cuidados e preencher este guia numa situação específica do caso de uma criança com cinco anos de idade, mas a quem foi diagnosticado uma doença crónica no primeiro ano de vida. O internamento atual deveu-se a uma infeção respiratória e consequente descompensação da doença de base. O contato com esta mãe permitiu através de estratégias de comunicação eficazes, adquirir informações que levam a uma melhor compreensão desta temática, através da vivência da transição para a parentalidade desta família e das dificuldades sentidas aquando o momento do diagnóstico e consequente processo de adaptação à doença crónica da criança. À semelhança das famílias do projeto de estágio, também neste caso a transição para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança decorreu em contexto de doença e hospitalização, tendo na altura também sido vivenciada uma transição de desenvolvimento, situacional e saúde-doença.

Esta mãe referiu que o momento do diagnóstico foi muito “complicado”. Tinha sido uma gravidez planeada e muito desejada de um primeiro filho e foi muito difícil vivenciar toda aquela situação quando o filho era ainda bebé, até porque na altura a criança correu risco de vida e houve necessidade de ficar internada durante vários

dias. Contudo, após o choque do momento do diagnóstico, viu-se obrigada a ter reagir porque sentia que a vida do seu filho dependia dela e dos conhecimentos que tinha de adquirir rapidamente para ser e sentir-se capaz de voltar a cuidar dele e passar a dar resposta às necessidades de saúde que passaram a existir e assim, poderem regressar a casa. Toda a dinâmica familiar foi inevitavelmente alterada, a mãe referiu o facto de ter ficado mais tempo que o previsto sem poder regressar ao trabalho e de como foi importante o suporte económico familiar e os pais divorciaram-se pouco tempo depois do diagnóstico. Os avós maternos desempenharam e ainda tem atualmente um papel ativo nos cuidados à criança, que ficou com eles quando a mãe voltou a trabalhar. Todos estes aspetos vão ao encontro do que é defendido por Meleis na Teoria das Transições, nomeadamente sobre a importância do suporte socioeconómico e familiar como condição facilitadora da transição saudável.

A mãe refere que inicialmente não tinha conhecimentos sobre a doença e que foram as intervenções de enfermagem, que permitiram que sentir-se progressivamente mais capaz e segura a cuidar do seu filho. Foram estes conhecimentos proporcionados pela equipa de enfermagem, aliados à experiência que adquiriu progressivamente que lhe permitiram ganhar confiança para conseguir resolver e dar resposta a situações críticas e que necessitam cuidados de emergência, quando ocorrem crises.

Outra situação com a qual teve de lidar, foi o estigma social da doença, referindo a dificuldade em lidar com o facto das outras pessoas sentirem pena do seu filho. Encontrou estratégias para lidar com essa situação, nomeadamente, frequentar um grupo de ajuda mútua para pais de crianças com a mesma situação. Referiu que esse apoio foi muito importante também, na medida em que na altura lhe permitiu visualizar o futuro do filho como uma criança feliz e a possibilidade de se adaptarem aquela situação, através do contacto com as outras famílias que tinham conseguido ultrapassar situações semelhantes e com quem podia partilhar as suas dúvidas, experiências e dificuldades.

3.3 Urgência pediátrica

Foi também planejada a realização de um estágio com a duração de duas semanas no âmbito da UP e nesse sentido, foi escolhido o serviço de atendimento médico permanente do mesmo hospital onde foi realizado o estágio de pediatria geral. Foi escolhida a mesma instituição, de forma a poder compreender melhor o circuito da criança e família dentro da instituição, visto que os serviços se interligam e a filosofia de cuidados inerentes é a mesma e a população a que se destina também.

O serviço escolhido funciona durante todos os dias do ano e está vocacionado para a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos, direcionado especialmente para a avaliação e tratamento de situações de urgência /emergência ou situações em que seja necessária uma intervenção rápida. Presta assistência a adultos e crianças, apresentando a mesma coordenadora de enfermagem, mas com equipas de prestação de cuidados distintas, mas na sua totalidade composta por 35 elementos. Na equipa de enfermagem existem 4 enfermeiros com especialidade de ESIP.

Apesar de existirem algumas áreas comuns de utilização, maioritariamente o espaço físico é diferenciado. As áreas de utilização comum incluem uma sala de reanimação com duas camas, uma sala de pequena cirurgia, uma sala de gessos e uma sala de tratamentos, além dos espaços de acesso e de atendimento administrativo. Para as crianças estão reservadas áreas de espera e de atendimento próprias e estruturas de forma pensada a respeitar o desenvolvimento infantil. A sala de espera encontra-se decorada com cores suaves e algumas pinturas na parede. Também estão disponíveis brinquedos e televisões com programação infantil. Contudo, existe também um espaço sem estes elementos, a pensar também nos adolescentes. As salas de consulta e de observação possuem também uma decoração infantil, procurando contribuir para que as crianças se sintam mais à vontade. Os espaços reservados especificamente para as crianças incluem quatro gabinetes de consulta, uma sala de tratamentos, uma sala de arrefecimento rápido e uma sala de observação (SO) com quatro camas (sendo que duas têm a possibilidade de isolamento).

Após a observação da equipa de enfermagem durante a prestação de cuidados e leitura das normas e protocolos do serviço, foi possível realizar, com supervisão e orientação da enfermagem orientadora, a avaliação da criança que recorre ao serviço de atendimento médico permanente e aplicar o protocolo de triagem existente na instituição, realizar a identificação precoce do problema e assegurar o encaminhamento da criança para a área de atendimento adequada. Este sistema atribui níveis de prioridades (emergente, muito urgente, urgente e não urgente) para o atendimento médico de acordo com estado da criança. Assim, estas atividades de enfermagem também permitiram o desenvolvimento de competências relativas ao diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados.

Desta forma, pretendeu-se também assegurar a rápida identificação e intervenção nas situações de urgência, garantindo uma resposta tão precocemente quanto possível. Exemplos desta situação, são a aplicação do protocolo de cuidados de enfermagem para a criança com vômitos ou para a criança com febre ainda na sala de triagem, intervenções que tive a oportunidade de realizar durante o estágio. As crianças em situações identificadas como mais complexas e que necessitam de cuidados especiais e de uma maior vigilância eram transferidas para a SO. Também aqui, bem como na sala de tratamentos, à semelhança da filosofia de cuidados do SIPG, aposta-se na parceria de cuidados na promoção da parentalidade e no desenvolvimento das competências parentais que permitam aos pais cuidar do seu filho durante o curto período de hospitalização e sobretudo capacitando os pais dos conhecimentos necessários para darem continuidade aos cuidados necessários à criança após a saída do hospital.

Concomitantemente, nesta experiência pude dar continuidade ao preenchimento do instrumento elaborado anteriormente e ao desenvolvimento e consolidação dos critérios já estabelecidos para cada indicador. Contudo, devido ao curto tempo de permanência das crianças neste serviço, por se tratar sobretudo de situações de doença aguda, tornou a aplicação do instrumento mais difícil devido ao pouco tempo de contacto com cada família e aos diferentes focos de atenção em presença.

3.4 Unidade de cuidados intensivos pediátrica

A UCIPED selecionada para integrar este percurso formativo está integrada num hospital central no distrito de Lisboa e tem uma área de referência muito abrangente, incluindo o centro e o sul do país. É uma unidade polivalente pluridisciplinar, caracterizada pela existência de crianças internadas por inúmeras situações complexas e diferenciadas, por patologia médica e cirúrgica, sendo uma unidade de referência em neurotrauma. Tem capacidade de internamento para oito crianças com idades desde os 0 aos 18 anos e que dão entrada no serviço através da urgência pediátrica do mesmo hospital ou então, devido à gravidade do seu caso clínico e por necessitarem de cuidados com maior diferenciação e complexidade, são transferidas para esta UCIPED, vindas de outros hospitais onde já se encontram internadas.

A missão deste serviço é a prestação de cuidados diferenciados e altamente especializados a utentes em idade pediátrica, em situação crítica com risco ou falência das funções vitais, com recurso a técnicas e a procedimentos avançados de suporte ventilatório, hemodinâmico e cardiovascular. Apresenta uma equipa de enfermagem autónoma, constituída por 20 elementos na prestação de cuidados. Existe apenas uma enfermeira com especialidade em ESIP e encontra-se em funções de coordenação do serviço.

À semelhança do realizado nos outros serviços, no início da experiência foi realizada uma reunião com orientador de estágio e Enf.^a chefe do serviço para apresentar os objetivos pretendidos e as atividades a desenvolver. Nesta reunião, foram identificadas e analisadas as estratégias promotoras da transição para a parentalidade já utilizadas pela equipa de enfermagem e também foram discutidas quais as necessidades do serviço tendo em conta a temática em estudo. Dessa reunião, e tendo em conta as necessidades formativas dos enfermeiros do serviço, resultou a programação de uma sessão de formação sobre o tema e desta forma também foi possível dar a conhecer o trabalho desenvolvido por mim à restante equipa e trazer contributos para a melhoria das práticas de enfermagem naquele serviço.

No estudo elaborado num hospital pediátrico por Ygge (2005), sobre a percepção dos enfermeiros e o envolvimento parental nos cuidados à criança, fundamentam o conteúdo desta sessão, ao referirem que os enfermeiros precisam de ser consciencializados sobre as estratégias a utilizar para promover a parentalidade. É salientado o impacto que a utilização de estratégias de comunicação adequadas e o estabelecimento de uma relação de ajuda com pais tem no condicionamento ou promoção da clarificação do seu papel no hospital durante a hospitalização do filho e a conseqüente transição saudável para a parentalidade, através do desempenho, aquisição ou reacquirição das competências parentais.

Nesta sessão de formação, realizada em contexto de trabalho e divulgada atempadamente à equipa, foram apresentadas as necessidades dos pais de crianças internadas em UCI e dado a conhecer os indicadores definidos por mim no decorrer da elaboração deste trabalho, com o intuito de conseguir apreciar o processo de transição para a parentalidade vivenciado por cada família. Por fim, foram sistematizadas as estratégias que já se utilizavam no serviço com o intuito de promover a parentalidade e dado a conhecer outras intervenções de enfermagem que poderiam passar a ser utilizadas neste sentido. O **“Material da sessão de formação realizada aos enfermeiros na UCIPED”** é apresentado no Apêndice VIII e inclui o cartaz de divulgação, o plano da sessão, os diapositivos apresentados, ficha de avaliação da sessão e a lista com o material de apoio à temática, constituído pelos documentos anteriores e ainda por artigos com evidência científica deixados para consulta no serviço.

Como estratégia promotora da transição para a parentalidade e tendo em conta o já referido no enquadramento teórico sobre a importância que o primeiro contacto com a criança e família vai ter na relação futura com os profissionais de saúde (Aldridge, 2005, Haines e Childs, 2005 & Pesce 1994 citado por Jorge 2004) esta unidade tem dedicado a sua atenção no melhoramento do acolhimento realizado aos pais. Para isso, foi elaborada uma norma sobre esta intervenção de enfermagem, com o intuito de uniformizar do procedimento realizado por todos os profissionais e a informação transmitida. Assim, dando resposta aos dois objetivos gerais deste relatório e à semelhança também do já realizado nos contextos de estágios anteriores, aprofundei os meus conhecimentos sobre a importância do acolhimento através da

identificação das práticas realizadas e a leitura da respetiva documentação existente. Esta atividade, também já desenvolvida nos estágios anteriores, foi trabalhada com maior enfoque neste local, devido à semelhança com o meu contexto de trabalho, no qual pretendia futuramente trabalhar este aspeto.

O acolhimento em pediatria deve ser considerado mais abrangente do que o simples momento de receção no primeiro contato com os pais e a criança, no serviço de saúde. Quando se pensa em acolhimento da família no primeiro ano de vida da criança, este é sobretudo direcionado aos pais, com o objetivo de estabelecer precocemente uma relação positiva que promova a integração da família no ambiente hospitalar e posteriormente o envolvimento dos pais nos cuidados ao bebé e assim a parceria de cuidados pretendida (Pesce 1994 citado por Jorge 2004).

O acolhimento como procedimento de enfermagem requer do enfermeiro o desenvolvimento de competências relacionadas com a relação de ajuda e técnicas de comunicação eficazes e não se deve cingir unicamente à existência de uma guia de acolhimento para entregar aos pais e às normas e protocolos. Contudo estas são de extrema importância na uniformização do procedimento e da informação a transmitir, até porque esta também é uma oportunidade importante de colheita de dados (Brito, 2006) e assim uma oportunidade de conhecer melhor cada família e identificar os processos de transição presentes (Meleis, 2010).

Durante este estágio, tive oportunidade de realizar várias admissões de crianças na unidade e realizar o respetivo processo de acolhimento à família, nomeadamente em situações programadas (como no pós-operatório de cirurgias pediátricas em que seja necessário internamento em UCIPED), mas também em situações de urgência. Em cuidados intensivos, a prioridade inicial após a receção da criança na unidade é assegurar os cuidados necessários a sua estabilização hemodinâmica, de forma a garantir a recuperação e manutenção do seu estado de saúde. À chegada é realizado o exame físico e são planeadas as intervenções de enfermagem com o intuito de manter e melhorar o seu estado de saúde. Simultaneamente há a preocupação, assegurada por outro elemento da equipa de enfermagem, de receber e acomodar os pais na *sala de pais* e manter um canal de comunicação, informando-os sempre que possível sobre o estado de saúde da criança e assim, também incluí-los nas decisões terapêuticas, com o apoio de um dos médicos de serviço.

Assim que possível, os pais são levados até junto do filho, preparando-os antes para o que vão encontrar (aspeto da criança, equipamento presente na UCI), tentando minimizar o impacto visual do primeiro contacto. Com os pais junto da criança, as intervenções de enfermagem direccionam-se no sentido de tentar acalmar os pais, explicando o cenário em redor da criança e a necessidade dos diferentes tubos, fios e equipamentos presentes na unidade e informá-los e esclarecê-los em relação às suas dúvidas. Depois de os pais se encontrarem mais tranquilos, são explicadas então as normas e procedimentos do serviço, os recursos ao seu dispor e entregue o guia de acolhimento do hospital e serviço. Nesta unidade a criança tem acompanhamento constante dos pais, sendo que durante o período da noite, apenas um dos progenitores pode permanecer na unidade.

Durante este período de estágio tive ainda a oportunidade de prestar cuidados a crianças em situação crítica do foro médico e também cirúrgico, mas não cardíaco (que tem sido a minha área de diferenciação profissional). O acompanhamento destas crianças e suas famílias foi importante para mim na medida em que apesar de também trabalhar numa UCIPED, neste contexto tive oportunidade de contactar com outro tipo de patologias e nesse sentido adquirir novos conhecimentos científicos, técnicos e práticos neste campo. Desta forma, reforcei o desenvolvimento das minhas competências quanto ao reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestação de cuidados de enfermagem apropriados.

Neste âmbito, também tive a oportunidade de participar no curso de formação teórico-prático organizado pelo centro de formação do Hospital *“Estabilização, Pré-transporte da Criança Gravemente Doente”* (certificado de aprovação em ANEXO V). Desta forma, pude mobilizar os meus conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória para estabilização da criança com quadro respiratório, cardiovascular, neurológico e politraumatizada, demonstrando assim os meus conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.

3.5 Unidade de cuidados intensivos neonatais

A UCIN escolhida para dar resposta às necessidades de aprendizagem está integrada no mesmo centro hospitalar do serviço de CP, onde esta experiência foi desenvolvida. A seleção deste serviço deveu-se ao facto de ser a UCIN de referência do serviço de CP onde se pretendia desenvolver o programa proposto. Existe uma articulação entre estes dois serviços, tanto na programação dos nascimentos de crianças com diagnóstico pré-natal de cardiopatia congénita (transferência *in-útero*), como na recepção de bebés de outras unidades hospitalares, após descompensação nas primeiras horas de vida, quando é detectada a doença cardíaca. Estas crianças têm necessidade de cuidados diferenciados logo nas primeiras horas de vida, muitas com necessidade de internamento em UCI ainda antes da cirurgia, sendo que a sua transferência para a UCIN ou UCIPED (serviço de CP) está relacionada com uma questão organizacional, de acordo com as vagas existentes em cada serviço, mas também com as necessidades individuais e quadro clínico de cada recém-nascido. Esta também é a UCIN habitual de destino destes bebés, quando continuam a necessitar de internamento com este tipo de diferenciação, depois do período de pós-operatório habitual esperado.

Nesta UCIN são prestados cuidados diferenciados a crianças entre os 0 e os 28 dias de vida, provenientes da urgência obstétrica e pediátrica do mesmo hospital e também recém-nascidos gravemente doentes, que necessitem de cuidados especiais e/ou prematuros de muito baixo peso, enviados de hospitais da zona sul do país. Apresenta duas salas, uma de cuidados intensivos neonatais com 5 vagas e outra de cuidados intermédios neonatais com capacidade para 9 crianças. Para além destas situações, as patologias mais frequentes que necessitam de internamento neste serviço, estão relacionadas com recém-nascidos com necessidade de realização de fototerapia, de vigilância por dificuldade respiratória transitória e também com hipoglicemia ou dificuldades em adaptação à alimentação.

A equipa de enfermagem é constituída por 30 elementos, dos quais 4 são especialistas em ESIP. A restante equipa de saúde é constituída por especialistas

em diferentes áreas, que correspondem às necessidades específicas destas crianças. Esta equipa é constituída por elementos com muita experiência nesta área de diferenciação pediátrica, existindo na equipa enfermeiros que podem ser considerados peritos. Segundo Benner (2001), os enfermeiros peritos desenvolvem a capacidade de perceber a situação como um todo, utilizando como paradigmas de base situações concretas que já vivenciaram o que lhes permite direcionarem-se diretamente ao problema, sem ter em conta uma série de considerações inúteis. Neste último estágio de competências, os enfermeiros têm um papel fulcral para o desenvolvimento do conhecimento, através da descrição das suas experiências, que evidenciam as suas competências. A Enf.^a chefe deste serviço é considerada uma perita em neonatologia, pelo que planei a realização de um entrevista semiestruturada (“**Guião de entrevista semiestruturada à Enf.^a da UCIN**” – Apêndice IX) que permitisse aprofundar os conhecimentos necessários como contributo para o trabalho em desenvolvimento em contexto prático e mobilizados no decorrer deste relatório.

Assim, também o instrumento de apreciação da transição para a parentalidade (Apêndice VII) foi sofrendo sucessivas modificações e melhoramentos como resultado dos conhecimentos adquiridos na UCIN e também da sua aplicação às famílias em estudo no contexto de estágio anterior e neste, passando a denominar-se de **Registo de comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida** (Apêndice X). Neste novo instrumento, os dados significativos sobre a experiência de transição para a parentalidade passam a ser consultados no guião elaborado para esse efeito (Apêndice III) e deixam de constar discriminados, passando a existir uma coluna (***Síntese de dados significativos sobre a experiência de transição para a parentalidade***) para o seu registo referenciado a cada um dos indicadores. Houve um melhoramento na terminologia de alguns indicadores e uma descrição mais exaustiva dos critérios que permitem avaliar cada um deles, como se pode constatar no Apêndice X. A amamentação/aleitamento – alimentação da criança passaram a estar incluídos dentro do indicador da promoção da saúde e bem-estar da criança, bem como adopção de medidas de segurança. Foram estabelecidos novos indicadores: experiência da situação saúde-doença e esperança. Passou também a existir uma coluna para os dados recolhidos, outra para as intervenções de enfermagem e uma

última, já atrás referida, para a síntese de dados significativos sobre a experiência de transição para a parentalidade.

A esperança é definida na CIPE como "*Emoção... Confiança nos outros e no futuro... Expressão de razões para viver... Paz interior, optimismo, associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia*" (OE, 2011) É um vivência subjetiva, integradora das crenças culturais e religiosas e da qual se toma consciência em situações de sofrimento e pode ter intencionalidade terapêutica, quando ajustada à realidade e trabalhada através da construção de uma relação de confiança (Charepe, 2011). Nesse sentido, este indicador é introduzido na medida em que é importante perceber o seu significado para a pessoa e família, nomeadamente nos processos de transição saúde-doença, pois é uma força promotora de vida e que pode ser fortalecida por quem presta cuidados, mas que necessita de ajuda externa para se desenvolver.

Mobilizando os contributos da entrevista realizada neste âmbito (Apêndice IV), os pais de crianças portadoras de uma doença crónica vivem vários momentos de desesperança, como o caso do reinternamentos Enquanto enfermeiros, devemos estar despertos para este indicador, que pode ser avaliado utilizando escalas próprias, de forma a planearmos as intervenções de enfermagem promotoras de esperança e que permitem gerar ganhos em saúde. Durante este estágio, pode constatar que as enfermeiras estão despertas para esta temática e que desenvolvem intervenções neste sentido, como sejam celebrar as pequenas conquistas da criança, dando significado aos momentos positivos através da criação de lembranças que permitem recordar aqueles momentos.

No desenvolvimento do papel parental, os pais apresentam a necessidade de estar junto da criança e "ser pais" – de cuidar da criança, participar e estando envolvidos nos cuidados e nas decisões terapêuticas (Aldridge, 2005; Cleveland, 2008). Assim, o acréscimo trazido pelos contributos das atividades realizadas neste campo de estágio incide sobretudo numa discriminação mais detalhada dos conhecimentos e das habilidades dos pais no desempenho das competências parentais. Assim, nos dados recolhidos o objetivo foi fazer um diagnóstico de situação, verificando quais os conhecimentos e habilidades já presentes e aqueles que necessitam de investimento de enfermagem de forma a promover a sua aquisição. Estas

intervenções de enfermagem devem ser planejadas em função das necessidades e particularidades de cada família e também do estado clínico do recém-nascido.

Nesta unidade, os pais podem permanecer junto do bebê 24 horas por dia, existindo também infraestruturas a pensar no seu conforto e descanso, num espaço designado de sala de pais. Existe também uma copa de leites, que assegura as necessidades relacionadas com a manutenção do aleitamento materno. O objetivo é a promoção da parentalidade, incentivando os pais a estarem presentes e participar nos momentos de cuidados ao filho, programados atempadamente. Nesta fase, são valorizadas o desenvolvimento de competências parentais relacionadas com a alimentação, cuidados de higiene e conforto. Como estratégia promotora da parentalidade, periodicamente e consoante as necessidades dos pais das crianças internadas a cada momento, a equipa de enfermagem organiza sessões de ensino e esclarecimento das dúvidas dos pais, com entrega de informação em suporte de papel. O intuito é transmitir a informação que eles necessitam, para desenvolverem as capacidades necessárias através do treino, para que sejam capazes de cuidar do filho autonomamente, apenas com supervisão de enfermagem, utilizando também como estratégia o reforço positivo. Durante o estágio tiver a oportunidade de realizar estas atividades e providenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência, tal como preconizado no regulamento de competências da OE

A estimulação do desenvolvimento infantil é também considerada uma competência parental, com benefícios tanto para a criança, em termos das aquisições de desenvolvimento esperadas para cada idade, como para ambos através do desenvolvimento do vínculo relacional. É através das respostas e mensagens que o bebê transmite, que os pais o conhecem melhor e aprendem a ser pais e cuidar dele. (Brazelton, 1992). Estimular os pais a interagir com a criança, acariciarem, tocarem e posicionarem vai interferir positivamente no desenvolvimento do recém-nascido. Durante o estágio, também constatei que esta é uma oportunidade privilegiada para salientar as aquisições de desenvolvimento da criança e as suas novas capacidades através da demonstração daquilo que o bebê já é capaz de fazer. Na UCIN, existe um protocolo de promoção do desenvolvimento de acordo

com a idade gestacional e a disponibilidade do recém-nascido para a interação, que tive a oportunidade de consultar e aplicar, com o apoio da enfermeira orientadora. Nesse sentido, pude também incentivar e intervir juntos dos pais para realização do método canguru, intervenção que posteriormente eles próprios adquirem autonomia na sua realização. Eleutério *et al.* (2008) no seu estudo referem que as mães consideram o método canguru uma oportunidade de aprendizagem para cuidarem do filho, para o vínculo afetivo e também para a melhoria do estado de saúde do bebé. Assim, acentuei as minhas competências desenvolvidas no domínio do crescimento e desenvolvimento infantil e na promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.

Outro aspeto, que analisei como importante foi a preocupação com o controlo da dor. A classificação através de uma escala adequada à idade e condição de cada criança e o controlo da dor através da realização de medidas não farmacológicas e farmacológicas, de acordo com o protocolo de cada serviço revelaram-se fundamentais em todos os contextos de estágio. Também em neonatologia, a promoção do conforto dos recém-nascidos através do controlo da dor, é fundamental para a optimização da relação entre os pais e a criança, promovendo o contato e estimulando o envolvimento físico. Durante o estágio tive oportunidade de realizar intervenções no âmbito da competência *“Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”* (OE, 2010b).

A parametrização da CIPE neste serviço e os registos de enfermagem efetuados estão direcionados para que seja possível compreender a evolução no desenvolvimento das competências parentais de cada família e assim, fazer um planeamento de cuidados adequado. Na parametrização deste serviço, o parâmetro “emoção”, associado na CIPE ao termo esperança, é levantado aquando de uma situação complexa de luto do bebé, como sejam síndromes polimalformativas, grandes prematuros, situações de mau prognóstico ou situações de falecimento da criança. Pude constatar quais as estratégias que as enfermeiras do serviço utilizam para ajudar estes pais. Uma das intervenções utilizadas é a criação de memórias através de fotografias, de diplomas ou certificados feitos pelas enfermeiras e entregues aos pais em momentos significativos da vida do bebé e das pequenas

conquistas concretizadas. Também como recurso de apoio aos pais, este serviço tem um grupo de ajuda mútua (GAM), com três anos de existência e que realiza uma reunião mensal, que pode assistir durante o período de estágio.

Segundo o estudo desenvolvido por Charepe (2011), os GAM são constituídos por pessoas com motivações comuns, por partilharem um problema semelhante, necessidades ou limitações comuns. Implicam uma estrutura de funcionamento onde, através das atividades desenvolvidas, sejam potenciadas as capacidades individuais e os recursos, com vista à satisfação uma necessidade comum. Um grupo de ajuda mútua pretende conferir aos pais de crianças com internamento em neonatologia ou com uma doença crónica, pretende o suporte formativo/informativo, emocional e instrumental, de acordo com o estado vivencial em curso, tal como vivenciado por cada família, para garantir a compreensão da ajuda mútua, a partilha de experiências e esperança e eventualmente fazer a preparação para o luto.

Também Meleis (2010), através da sua investigação obteve como resultado a importância deste tipo de recurso como condição facilitadora de uma transição saudável. Neste tipo de reunião, não necessariamente liderada ou acompanhada por um técnico de saúde, resulta a partilha de experiências, de medos e de recursos que promovem o desenvolvimento e aquisição de competências parentais. Contudo, este tipo de reunião proporciona outro tipo de partilha e convívio, que se estende para além destes domínios e que também vai ao encontro do defendido por Meleis (2010) ao referir a importância dos factores sociais, económicos e comunitários. Durante este percurso formativo, tive também oportunidade de assistir a uma reunião de um GAM com 5 anos de existência, sediado noutro hospital, desta vez no distrito de Setúbal. A estrutura deste grupo apresenta atividades que conferem aos seus elementos atividades de convívio social, como piqueniques e outras atividades lúdicas e também suporte social através de um serviço de *baby-sitter*, em que, à vez os pais tomam conta das crianças uns dos outros, o que permite contrariar o isolamento e o estigma social que, muitas vezes os afeta. Também um suporte económico, através do “banco da amizade”, iniciativa em que através das diferentes profissões dos pais que constituem o grupo, são geridas as necessidades de cada família, num sistema de troca de favores. Por último, mas não menos importante, tendo a conta as necessidades de conhecimento e informação referidas por estes

país, este grupo também organiza periodicamente sessões formativas com diversos temas e de acordo com as necessidades do grupo.

Assim, neste campo de estágio também tive a oportunidade de desenvolver as competências no domínio da resposta às doenças raras e no da promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

3.6 Cardiologia pediátrica

O serviço de CP no qual este projeto foi desenvolvido situa-se na área de Lisboa, é um serviço de referência para todo o país e ainda os países africanos de língua oficial portuguesa, para crianças dos 0 aos 18 anos e constituído pelo serviço de internamento (enfermaria) e pela UCIPED, com apoio nas valências de Bloco Operatório e Hemodinâmica. Este serviço destina-se a pacientes com cardiopatia em descompensação da sua patologia, ou para serem submetidas a cirurgia cardíaca ou cateterismo. Neste hospital são operadas anualmente em média 150 crianças com cardiopatia, de todas as idades, sendo a faixa etária predominante os recém-nascidos e latentes (57% no ano de 2012).

Esta especialidade tem ao seu dispor uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos (especialistas em cardiologia pediátrica, cirurgia cardiotorácica e pediatria), assistente social, enfermeiras especialistas em reabilitação, fisioterapeutas, dietistas e assistentes operacionais. O serviço de internamento conta com um total de 11 enfermeiros (2 especialistas em SIP) para um total de 8 vagas, enquanto a UCIPED apresenta 3 vagas e um total de 35 enfermeiros (que também constituem a equipa de prestação de cuidados da UCI), dos quais 3 são especialistas em ESIP. Apesar do enquadramento a nível de gestão no serviço de internamento de cirurgia cardíaca de adultos, o serviço de internamento de cardiologia pediátrica apresenta uma equipa de enfermagem autónoma. A UCIPED, que também se encontra estruturalmente enquadrada na UCI de cirurgia cardíaca de adultos, não apresenta uma equipa de enfermagem distinta entre as duas valências,

sendo que a distribuição dos elementos é gerida consoante as necessidades de recursos humanos do serviço. Contudo, sempre que é possível valoriza-se a experiência, as competências e o gosto pessoal dos enfermeiros, atendendo a estes aspectos na distribuição realizada em cada turno, na esperança que no futuro seja possível a constituição de equipas de enfermagem individualizadas.

A prestação de cuidados de enfermagem em cuidados intensivos é desafiante do ponto de vista intelectual, mas também emocional, requer julgamentos rápidos e respostas sobre tratamentos que salvam vidas em condições onde a margem de erro é pequena. O desenvolvimento de competências requer aprendizagens práticas sobre a pressão de pensar e agir rapidamente (Benner, 2011). A cirurgia cardíaca é um procedimento complexo caracterizado por um pós-operatório onde a presença de instabilidade hemodinâmica é frequente. Por vezes, num ambiente com estas características pode tornar-se complicado e até mesmo desafiante o enfermeiro descentrar-se dos cuidados de enfermagem que garantem a estabilidade hemodinâmica da criança, para dedicar o seu tempo e atenção às intervenções, com vista a facilitar a transição dos pais para o papel de cuidadores e promover a parentalidade, aumentando o seu nível de bem-estar físico e emocional e consequentemente a qualidade das transições ocorridas (Meleis, 2010).

Nesta situação, os pais atravessam diferentes transições no mesmo período de tempo e que interagem entre si. A parentalidade e as novas competências a adquirir no adequado desempenho do papel de pais, correspondem a uma transição de desenvolvimento, que ocorre em contexto de doença do bebé. Também, toda a família atravessa uma transição de saúde-doença e situacional, pelas alterações sociais, económicas e familiares que a hospitalização do bebé e consequente doença, que poderá vir a ser crónica, implicam para todo o núcleo familiar e que se estende à família mais alargada, como os irmãos, os avós e os tios ou outras pessoas significativas.

A idealização da maternidade e paternidade, passa pelas imagens associadas à primeira infância, em ter um bebé ao colo, proporcionar-lhe cuidados e proteção, desfrutar do seu contato, estabelecer relações emocionais profundas e sentir-se recompensado pelos seus sorrisos. Após o nascimento de uma criança com cardiopatia congénita, os pais tem de lidar com as expectativas destruídas e passam

por um processo de luto pela perda do bebê desejado. Estas crianças, algumas vezes, não têm apenas um problema cardíaco congênito, mas também outras malformações ou síndromes associados, como é o caso de síndrome de down que ocorre com alguma frequência (0,5 por cada 1000 nascimentos) (Dolk *et al.*, 2011), o que dificulta ainda mais o processo de transição para a parentalidade.

Hopia e colaboradores (2005) desenvolveram um estudo sobre a promoção da saúde familiar, em contexto de internamento hospitalar da criança com doença crónica, no qual distinguiram cinco domínios de intervenção de enfermagem que interferem positivamente nesta questão: o reforço da parentalidade, o cuidado com o bem-estar da criança, a partilha da carga emocional, o sistema de *coping* e a criação de uma relação de cuidado de confiança com os enfermeiros. Estas áreas de intervenção de enfermagem aprofundadas por este autor são uma referência importante no planeamento dos cuidados às famílias de crianças com doença cardíaca e devem ser mobilizadas para a prática clínica.

As enfermeiras de todos os níveis de formação têm a responsabilidade de participar no desenvolvimento de conhecimento em ciências de enfermagem e na sua utilização na prática e independentemente do seu nível de formação, desempenhando um papel muito importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados (Fortin, 2003). É nesse sentido que no próximo capítulo se apresentará uma proposta de programa de cuidados de enfermagem promotores de uma transição saudável para a parentalidade que se pretende implementar no serviço de CP, nomeadamente na UCIPED e que pretende integrar todos os contributos que resultaram das experiências nos diferentes contextos e da pesquisa com evidência científica realizada.

4. PROPOSTA DE PROGRAMA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DE UMA TRANSIÇÃO SAUDÁVEL PARA A PARENTALIDADE

Assim, com uma perspectiva de melhorar a prática de cuidados e o desempenho dos profissionais era necessário dar visibilidade e implementar os resultados obtidos com este relatório. Tendo em conta as necessidades identificadas nestes pais e as estratégias promotoras da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida analisadas, foi dado início, tal como definido no segundo objetivo geral, à elaboração de um programa de cuidados de enfermagem promotores de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança com cardiopatia congénita, em contexto de internamento em cardiologia pediátrica. Este programa tem como princípios os modelos de intervenção em ESIP, que no seu conjunto constituíram um suporte teórico fundamental deste percurso formativo e que sustentaram as intervenções de enfermagem identificadas e planeadas na satisfação das necessidades destas famílias.

Os instrumentos elaborados **“Guião de orientação para registo dos comportamentos de transição para a parentalidade”** (Apêndice III) e **“Registo de Comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida”** (Apêndice X) e utilizados juntos das famílias durante os estágios pretendiam garantir os direitos das crianças e pais e a satisfação das suas necessidades, ajustadas às características de cada família, garantindo uma transição saudável e como resultado o bem-estar pretendido no final de todo o processo. Foram os indicadores de processo e de resultado referidos por Meleis, que caracterizam esse bem-estar, associados ao desenvolvimento das atividades nos diferentes contextos de prestação de cuidados, demonstraram a importância de definir indicadores e critérios que permitissem estabelecer: Como é que se avaliam as competências parentais? Nesse sentido, e devido à necessidade entretanto criada de registar a evolução das competências parentais, foi criado um instrumento

com esse fim: a “**Folha de Registo de (Re)Aquisição de Competências Parentais e Check-list sobre a Presença de Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura**” (Apêndice XI) que permita identificar os modelos de resposta presentes referentes à incorporação da nova identidade de pais e da cognição ou performance do novo papel. Assim, os indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping*) e indicadores de resultado (domínio das novas competências, reformulação de identidades e bem-estar nas relações) estudados por Meleis (2010) são possíveis de determinar a partir da utilização deste instrumento e avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem realizadas.

A realização desta folha foi planeada para ser aplicada pelos enfermeiros da UCIPED, de forma a permitir o registo e conseqüente percepção da evolução da aquisição das competências parentais ao longo do internamento e a transmissão dessa informação aquando da transferência da criança. É um instrumento que se revela de extrema importância, sobretudo nos internamentos mais prolongados, que em alguns casos chegam a ser de semanas a poucos meses. É fundamental, que cada enfermeiro durante a prestação de cuidados tenha a noção daquilo que cada um dos pais já é capaz de fazer nos cuidados ao seu filho, de forma a promover o envolvimento da família nos cuidados, identificar as áreas que necessitam de investimento, de forma a elaborar o planeamento dos ensinamentos a realizar ao pai e à mãe. Este planeamento tem de ter em conta o estado de saúde de bebé e as condições emocionais dos pais., que podem encontrar-se em fase diferentes no processo de adaptação à nova realidade de doença do filho e nomeadamente com necessidades diferentes de intervenções de enfermagem promotoras da transição saudável para a parentalidade. Por essa razão, este instrumento prevê o registo do conhecimento dos pais em relação aos diferentes temas e as intervenções de enfermagem, tanto para o pai, como para a mãe.

Como resultado do trabalho desenvolvido para a elaboração do Apêndice X, este instrumento (Apêndice XI) foi estruturado apresentando inicialmente um campo relativo ao conhecimento dos pais sobre questões relacionadas com a dinâmica do serviço e direitos e deveres parentais, para posteriormente se entrar no campo relacionado com os padrões de comportamento parental, nos quais foram definidos os seguintes parâmetros: alimentação, eliminação, cuidados de higiene e conforto,

sono e repouso, promoção do desenvolvimento infantil, medidas de segurança, vigilância de saúde infantil após a alta/adesão ao regime terapêutico. Foram criadas 3 colunas correspondentes a três momentos de intervenção para as ações de enfermagem (preencher com "E" ensinar; "I" instruir; "T" treinar e "S" supervisionar). O pretendido é inicialmente fazer os ensinamentos e depois os reforços necessários até à aquisição da competência, segundo as necessidades de informação e conhecimento dos pais. Numa última coluna pretende-se o registo da demonstração da competência, registando com "P" presente e "A" ausente.

A este instrumento foi também associada a **Check-list sobre a Presença de Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura** (Apêndice VI) elaborada na USF e que foi sendo utilizada em todos os estágios, por permitir a avaliação da relação de vinculação que é primordial que se desenvolva nesta fase, visto que muitos internamentos ocorrem nos primeiros dias de vida do bebé. As intervenções de enfermagem para promover o desenvolvimento de um vínculo afetivo adequado entre os pais e a criança devem centrar-se no envolvimento dos pais nos cuidados: Para isso, é importante planejar com os pais a hora de prestação de cuidados, para que possam estar presentes (dentro das suas possibilidades) e intervir (consoante o estado de saúde da criança) na troca da fralda, banho, e posicionamentos. Os pais também devem ser incentivados a tocar na criança, estabelecer o contacto visual e sempre que possível a pegar na criança ao colo e mesmo a fazer o método de canguru. Todas estas intervenções devem ser realizadas explicando aos pais os benefícios que trazem para a criança. Da minha experiência em estágio, constatei a importância que a utilização de técnicas de comunicação adequadas pode ter no estabelecimento de uma relação de ajuda com os pais, de forma a conseguir identificar os seus receios e ajudá-los a ultrapassar os seus medos, que muitas vezes os impedem de conseguir desempenhar o papel parental em contexto hospitalar.

Se a promoção de um desenvolvimento infantil saudável, advém em parte do estabelecimento de laços afetivos e de uma relação saudável e com uma base de confiança entre a criança e os progenitores, por outro lado enquanto enfermeiros temos de atender à influência negativa que um internamento em UCIPED acarreta. Como contributo de aprendizagem do estágio em UCIN pude desenvolver os meus

conhecimentos sobre os posicionamentos e estimulação adequados, nomeadamente através da utilização de material de apoio para os posicionamentos, que pode manusear e aprender a utilizar corretamente no posicionamento de recém-nascidos. Desta forma, atividade apoiada pela gestão do serviço, e como contributo também para o programa de promoção da parentalidade, foram adquiridos 8 ninhos de diferentes tamanhos e 3 rãs. Tendo em conta que a presença de muitos fios, tubos e drenos na criança, associada à presença de um penso operatório em todo o esterno, podem ser inibidores para os pais estabelecerem contato com a criança, também foram adquiridas roupas pediátricas que pelas suas características próprias são funcionais devido a um sistema de velcro e podem ser utilizadas neste tipo de internamento (Apêndice XII)

Para a concretização destas atividades, foram consultadas as enfermeiras com especialidade em ESIP e necessárias várias reuniões com a Enf.^a chefe da UCI e Enf.^a coordenadora do serviço de internamento de CP. Foram discutidas as necessidades do serviço, e tendo em conta esta temática e a importância desta estratégia para promover a parentalidade, programou-se a atividade da realização de um “Guia de Acolhimento à Criança e Família” (Apêndice XIII) para a UCIPED, visto na enfermaria já existir um adequado às especificidades daquele serviço. Foi elaborado tendo por base a concordância de informação com o guia existente na enfermaria de CP e o resultado da pesquisa bibliográfica com evidência científica realizada, bem como os contributos neste âmbito obtidos durante os estágios anteriores. Foi planeado para ser entregue à família durante a admissão. No caso de os pais virem visitar o serviço antes da cirurgia, deve ser entregue nesse momento. Este instrumento pretende dar a conhecer a filosofia do serviço e garantir um início de relação positiva com a equipa multidisciplinar, garantindo em suporte de papel a informação que os pais necessitam para se sentirem mais seguros e esclarecidos em relação às suas dúvidas, medos e receios. Desta forma, também se pretende uniformizar e sistematizar a informação transmitida aos pais num momento em que a qualidade da intervenção do enfermeiro, vai condicionar a futura relação entre eles e equipa de saúde.

Também com o intuito de acolher as famílias, foi criado um painel de acolhimento aos pais e crianças (Apêndice XIV), que permite identificar o serviço, tendo em conta

que este está individualizado, mas geograficamente localizado dentro da UCI de cirurgia cardíaca. Diogo (2012), no seu estudo sobre a gestão das emoções em enfermagem pediátrica, refere a importância da categoria que definiu como promover um “ambiente seguro e afetivo”:

“O impacto com o ambiente físico (luminosidade, cheiro, sons, cores, temperatura) muitas vezes surge primeiro que a interativo com os enfermeiros (ambiente humano). Mas ambos têm uma influência muito grande nos clientes em termos emocionais. Um ambiente seguro e afetivo implica elementos e mensagens humano-afetivas nas interações e também os aspetos físicos do contexto, que possam ser percebidas como seguros e familiares pelos clientes - um ambiente onde as pessoas se sentem bem” (Diogo, 2012, p. 116).

Neste sentido, defini também como atividade o incremento da promoção do ambiente pediátrico na UCIPED, propondo a utilização de fardas pediátricas coloridas (Apêndice XV) na UCIPED e enfermaria de CP, com uma temática que pudesse agradar às diferentes idades pediátricas, pensando na questão da promoção a autoestima do adolescente. Também propus a realização de pinturas no tecto da UCIPED nas duas camas destinadas às crianças de menos idade, já que idealmente os adolescentes ficam internados no mesmo espaço, mas numa unidade mais afastada e onde não seriam aplicadas as pinturas infantis, com concretização nos próximos meses.

Com o intuito de promover a esperança realista junto destas famílias, e de acordo com os contributos da reunião realizada sobre essa temática (Apêndice IV) planei a realização de uma atividade que permite a partilha de experiências positivas sobre o internamento em UCIPED e promotoras da esperança para os pais. Assim, em conjunto com uma mãe foi elaborado um livro onde os pais podem deixar mensagens a partilhar as suas vivências com os outros pais (Apêndice XVI).

Por fim, e como forma de sensibilizar a equipa de enfermagem e implementar as estratégias elaboradas, foi realizada uma sessão de formação à equipa multidisciplinar sobre a *Promoção da Parentalidade em Cuidados Intensivos Pediátricos* (Apêndice XVII). Nesta sessão, foi dado a conhecer o Programa de cuidados de enfermagem promotores de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança com cardiopatia congénita, em contexto de internamento em cardiologia pediátrica e apresentado o trabalho

desenvolvido neste relatório. Foram focadas as principais necessidades sentidas pelos pais de crianças internadas, em unidades de cuidados intensivos e identificados os principais contributos da promoção da parentalidade, para as crianças e pais, numa perspetiva da *Teoria das Transições* de Afaf Meleis, dando a conhecer alguns indicadores de comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida de parentalidade e respetivas intervenções de enfermagem. Foram analisadas as estratégias já utilizadas pela equipa e apresentados os instrumentos de trabalho construídos durante os estágios; e que se pretendem implementar no serviço, com vista ao melhoramento das práticas de enfermagem.

Através das atividades anteriormente descritas durante esta etapa do deste percurso, tive a oportunidade de desenvolver as competências para o enfermeiro especialista em ESIP preconizadas pelo OE, nomeadamente as competências comuns do enfermeiro especialista, salientado as do domínio da melhoria da qualidade “*B1 Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 Concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade; B3 Cria e mantém uma ambiente terapêutico seguro*” (OE, 2010a)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

O desempenho do papel parental numa situação de doença cardíaca e hospitalização da criança é um momento stressante para os pais e que condiciona mudanças.

Com este trabalho foi possível aprofundar saberes práticos e teóricos que podem impulsionar uma mudança nas práticas de enfermagem, com reflexo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados pediátricos, nomeadamente no âmbito da promoção da parentalidade no primeiro ano de vida destas famílias.

A parentalidade e papel parental são de acordo com a CIPE, um foco de atenção dos enfermeiros por estes se encontrarem numa posição privilegiada para conseguirem promover a manutenção do papel parental. Nesse sentido, foram desenvolvidas atividades que permitiram a identificação das estratégias utilizadas pelas equipas de enfermagem, nos diferentes contextos de assistência à criança/família que integraram este percurso formativo. A prática de identificação e análise, interativa e reflexiva, que tentou associar a níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, fez emergir contributos para o cuidar em saúde infantil e pediatria. Desta forma, foi possível delinear e desenvolver uma proposta de um programa de cuidados de enfermagem promotores e uma transição saudável para a parentalidade.

Numa abordagem de cuidado transacional o enfermeiro deve conseguir identificar e planejar as suas intervenções junto da criança e dos pais atendendo às suas necessidades, preparando-os o melhor possível para lidar com as mudanças que a nova condição acarreta, através da aprendizagem e aquisição de novas competências necessárias para alcançar o «bem-estar» desejado. A oportunidade de obter da parte do enfermeiro a ajuda necessária para cuidar do seu filho torna-se promotora da autonomia possível. Como elementos fundamentais dessa intervenção, evidenciam-se ao longo do relatório, uma prática de intervenção assente numa filosofia de cuidados centrados na família e numa dinâmica de

parceria de cuidados, na promoção do papel parental e na assunção, por parte da criança e família, dos seus papéis no processo de saúde, no âmbito de uma relação de efetiva parceria com a equipa de enfermagem. Nesse sentido, foi fundamental desenvolver atividades relacionadas com a apreciação dos processos de transição vividos por cada família, com o acolhimento aos pais e à criança e ainda as relativas à promoção da vinculação, aos cuidados não traumáticos, à avaliação e promoção do desenvolvimento infantil e por fim à promoção da esperança.

A aposta na formação e na transmissão dos conhecimentos alcançados aos restantes elementos da equipa de enfermagem foi pensada de forma a incrementar ganhos em saúde para estas famílias e também dar a conhecer a proposta de programa e os instrumentos criados, para poderem ser implementados em contexto prático. Esta dimensão atravessa diferentes domínios das competências do enfermeiro especialista em ESIP.

Desta forma, e como perspetiva futura considera-se fundamental planear o teste e revisão do instrumento **“Registo de comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida”** (Apêndice X) numa dinâmica de investigação do hospital e se possível em parceria com uma instituição de ensino superior. O intuito é o testar o instrumento de forma a garantir o melhoramento da apreciação e diagnóstico das competências parentais e posteriormente o tratamento dos dados obtidos. Assim, será possível identificar quais as necessidades dos pais e as áreas que requerem maior atenção e investimento dos cuidados de enfermagem. Esses resultados devem ser analisados e refletidos pela equipa de enfermagem, em diferentes tipos de reuniões de trabalho e de formação, dando assim continuidade à formação nesta temática.

Durante estas experiências de estágio, foi possível também identificar necessidades iminentes dos pais e que constituem condições facilitadores de uma transição saudável para a parentalidade. Nesse sentido, foram delineadas estratégias e desenvolvidas atividades que permitiram uma melhoria na qualidade dos cuidados a estas famílias, como a aquisição do material de apoio para posicionamentos e roupas para os bebés internados na UCIPED e implementação do Guia de Acolhimento à criança e à família.

Desta forma, no futuro, e à semelhança do existente na UCIPED e UCIN apresentadas neste relatório, pretende-se a criação de uma sala de pais para crianças internadas na UCIPED, com a existência de cacifos, wc, cadeirões para repouso e outras infraestruturas necessárias, bem como a permanência noturna de um dos progenitores. Estas propostas já foram apresentadas à gestão do serviço e aguardam serem referenciadas à administração do hospital.

Outra proposta para o futuro tem como estrutura a utilização de um recurso já existente: a associação de pais, médicos, enfermeiros e todos aqueles que estão mobilizados para a causa das doenças cardíacas e que tem como objectivo apoiar as crianças com todas as formas de doença cardíaca (congénita ou adquirida) assim como as suas famílias, para promover o conhecimento sobre as cardiopatias pediátricas na sociedade em geral. Partindo desta infraestrutura e recorrendo às aprendizagens adquiridas pelas atividades de estágio desenvolvidas, pretendia-se associar a esta instituição a criação de um GAM, de forma a garantir melhorar o suporte a estes pais.

Por último, também é pretendido dinamizar o guia de acolhimento à criança e família para um formato digital e disponível no *site* da instituição hospitalar, para que se possa encontrar acessível a todos pais, visto muitas vezes a transferência do bebé acontecer antes da mãe, que fica internada devido ao parto e tendo em conta a área de abrangência do hospital, por vezes geograficamente distante do filho.

Assim, todas as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso que conduziram ao desenvolvimento de competências de ESIP, possibilitando um maior investimento nas que de seguida se enumeram: *“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”*; *Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência*; *Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*; *Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais*; *Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura*” (OE, 2010b).

Assim, no final deste percurso sinto satisfação pela concretização dos objetivos propostos e por ter sido fonte de mudança e melhoria nos cuidados de enfermagem, tentando conciliar os meus interesses e motivações pessoais com as necessidades de todos os intervenientes neste processo. É com agrado que constato que a minha intervenção motivou as equipas dos contextos de estágio sobre a temática em estudo e que fui promotora da criação de um ambiente favorável a uma transição saudável para a parentalidade. É com esperança que espero que o meu investimento prevaleça e se perpetue e é com entusiasmo que penso na implementação das perspetivas futuras já apresentadas. Esta será uma atitude ativa na busca de novas perspetivas de pensar, de agir e de sentir, face às alterações das práticas de saúde, com um verdadeiro contributo para a progressão da enfermagem enquanto ciência do cuidar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldridge, Michael D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience. *Critical Care Nurs*, 25. 40-50.
- Barros, Luísa (2001b). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In: Canavarro, M. C. (ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto. 235-254.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. Kyriakidis P & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. Second Edition. Springer Publishing Company Acute.
- Bowlby, John (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Brazelton, T. (1992). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Brito, I. (2006). *O acolhimento e a hospitalização da criança pequena*. Lisboa: Instituto de apoio à Criança.
- Charepe, Z. (2011). *O impacto dos grupos de ajuda mútua no desenvolvimento da esperança dos pais de crianças com doença crónica: Construção de um modelo de intervenção colaborativa*. Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem à Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: UCP.
- Cleveland, L. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 37. 666-691.
- Colvin, E. et al. (2010). Nursing Care of the Pediatric Cardiac Patient. In: Munoz, et al. (ed.). *Critical Care of Children with Heart Disease – Basic Medical and Surgical Concepts* New York: Springer Publishing Company. 121-125.

- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Diaz-Caneja, J. *et al.* (2005). A child's admission to hospital: a qualitative study examining the experience of parents. *Pediatric Original*, 31. 1248-1254
- Diogo, P. (2012). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar. Loures: Lusociência.
- Direcção Geral de Saúde (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e primeira Infância: manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral de Saúde (2006). Circular Normativa nº 11/DSMIA (datado 26/09/2006).
http://www.saudinha.com/parcerias/normas/circulares/dgs/2006/diagnostico_c_ardiopatias.pdf Acedido em 8/7/2012
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Maus tratos em crianças e jovens - guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*.
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Ministério da Saúde.
- Dolk H, Loane M & Garne E (2011). Congenital Heart Defects in Europe: Prevalence and Perinatal Mortality, 2000 to 2005. *Circulation*. 123. 841-849.
- Eleutério F, Rolim K, Campos A, Frota M & Oliveira M (2008). O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe-canguru. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 7 (4). 439-446.
- Fawcett, J. (1984). *Analysis and evaluation of nursing theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Fortin, M. (2003). O processo de investigação da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Haines, C. & Childs, H. (2005). Parental satisfaction with paediatric intensive care. *Paediatric Nursin*, 7 (17). 37-41.
- Hoehn, K. S. *et al.* (2004). Parental decision-making in congenital heart disease. *Cardiol Young*, 14. 309-314.
- Hockenberry, Marilyn J., *et al.* (2006). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7^a Ed, Rio de Janeiro: Elsevier.

- Hopia, H., Tomlinson, P. Paavilainen, E. & Astedt-kurki, P. (2005). Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Jornal of Clinical Nursing* 14:212-222.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem. Lusodidacta. Loures*
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A & Major F (1996). El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson.
- Klaus, M. D. *et al.* (1975). The adaptation of parents to the Birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics*, 56 (5). 710-717.
- Meleis, A., Sawyer, L., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1). 12-28.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE® Versão 2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa https://membros.ordemenfermeiros.pt/downloads/documentos/CIPE2%20pt_proteg.pdf Acedido em 2/07/2012
- Peebles-Kleiger, M. (2000). Pediatric and neonatal intensive care hospitalization as traumatic stress. Implications for intervention. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64 (2), 257-28.
- Relvas, Ana Paula (2000). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica. 2ª Ed*, Lisboa: Edições Afrontamento.

- Rolim, L. & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In: Canavarro, M. C. (ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto. 255-296.
- Simões, S., Pires, A. & Barroca, A. (2010). Comportamento Parental face à cardiopatia congénita. *Análise Psicológica*, 4 (XXVIII). 619-630.
- Watson, J. (2002). *Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Ygge, B. (2005). Nurses' perceptions of parental involvement in hospital care. *Paediatric Nursing*, 5 (19). 38-40.
- http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000596&contexto=pi&selTab=tab0

APÊNDICE I

Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

ANOS	2012												2013											
MESES	Outubro				Novembro					Dezembro			Janeiro					Fevereiro			Mar			
DIAS	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3*	10	17	20		3	7	14	21	28	4	11	18	25	4
	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19	2	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	
CRONOGRAMA DE ESTÁGIO	a)	USF	USF	USF	PG	PG	PG	UP	UP	UCIPED	UCIPED	UCIPED	FÉRIAS NATAL	UCIN	UCIN	UCIN	CP	CP	CP	CP				
	a)	USF	USF	S/23	PG	PG	PG	S/20	UP	UCIPED	UCIPED	S/18		UCIN	UCIN	S/15	CP	CP	CP	CP				
	a)	USF	USF	USF	PG	PG	PG	UP	UP	UCIPED	UCIPED	UCIPED		UCIN	UCIN	UCIN	CP	CP	CP	CP				
	a)	USF	USF	USF	PG	PG	PG	UP	UP	UCIPED	UCIPED			UCIN	UCIN	UCIN	CP	CP	CP	CP				
	a)	USF	USF	USF	PG	PG	PG	UP	UP	UCIPED	UCIPED			UCIN	UCIN	UCIN	CP	CP	CP	CP				

a) Semana dedicada a introdução ao estágio e preparação da experiência com orientação do docente

S/dia Seminário/ dia

USF Unidade de Saúde Familiar

UP Urgência Pediátrica

PG Unidade de Internamento de Pediatria Geral

UCIPED Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCIN Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

CP Cardiologia Pediátrica

Elaboração do Relatório

APÊNDICE II

Guia orientador das atividades de estágio

Tabela 1 Atividades que permitem analisar as estratégias e as intervenções de enfermagem promotoras de uma transição saudável para a parentalidade, recursos necessários, local a desenvolver e avaliação

1. DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA MOBILIZAÇÃO DOS MODELOS DE INTERVENÇÃO EM ESIP NOMEADAMENTE NO DOMÍNIO DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE			
1.1. ANALISAR AS ESTRATÉGIAS E AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DE UMA TRANSIÇÃO SAUDÁVEL PARA A PARENTALIDADE			
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificação dos modelos e práticas de enfermagem promotores de uma transição saudável para o papel parental através da: <ul style="list-style-type: none"> • Leitura de normas de serviço e protocolos sobre os modelos e práticas; • Realização de uma entrevista semiestruturada à Enf.^a Chefe sobre a dinâmica do serviço na promoção de uma transição saudável para a parentalidade; • Reunião com as enfermeiras especialistas para identificar as estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem na promoção de uma transição saudável para a parentalidade; • Observação das intervenções da equipa de enfermagem nos cuidados à criança e família utilizadas na promoção do papel parental, da tomada de decisão à sua avaliação; • Reuniões tutoriais; • Análise reflexiva escrita sobre os modelos e práticas identificadas. 		
Recursos	Humanos		
	Materiais		
Local	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Crianças • Pais • Enf.^a Chefe • Enf.^a Especialistas • Equipas de Enfermagem </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Normas e protocolos • Guião de Entrevista • Registos de Enfermagem </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças • Pais • Enf.^a Chefe • Enf.^a Especialistas • Equipas de Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Normas e protocolos • Guião de Entrevista • Registos de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Crianças • Pais • Enf.^a Chefe • Enf.^a Especialistas • Equipas de Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Normas e protocolos • Guião de Entrevista • Registos de Enfermagem 		
Avaliação	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • USF • Serviço de Internamento de Pediatria • Urgência Pediátrica </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • UCIPED • UCIN • Serviço de Cardiologia Pediátrica </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • USF • Serviço de Internamento de Pediatria • Urgência Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • UCIPED • UCIN • Serviço de Cardiologia Pediátrica
<ul style="list-style-type: none"> • USF • Serviço de Internamento de Pediatria • Urgência Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • UCIPED • UCIN • Serviço de Cardiologia Pediátrica 		
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Análise Reflexiva • Relatório Final 		

Tabela 2 Atividades que permitem prestar cuidados de enfermagem promotores de uma transição saudável para a parentalidade em contexto de saúde e doença à criança e família, recursos necessários, local a desenvolver e avaliação

1. DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA MOBILIZAÇÃO DOS MODELOS DE INTERVENÇÃO EM ESIP NOMEADAMENTE NO DOMÍNIO DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

1.2. PRESTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM QUE MOBILIZEM OS MODELOS DE INTERVENÇÃO EM ESIP, COM MAIOR ENFOQUE NA PROMOÇÃO DA TRANSIÇÃO SAUDÁVEL PARA A PARENTALIDADE, EM CONTEXTO DE SAÚDE E DOENÇA À CRIANÇA E FAMÍLIA

Atividades	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pesquisa bibliográfica de evidência científica, em particular sobre: <ul style="list-style-type: none"> • os modelos de intervenção em enfermagem pediátrica; • os modelos de intervenção promotores de uma transição saudável para a parentalidade; • as técnicas de comunicação facilitadoras da gestão da vivência da parentalidade em contexto de doença; ○ Preparação da admissão da criança e família na instituição, de acordo com as suas necessidades, promovendo uma relação positiva entre os pais e profissionais de saúde . ○ Apreciação da experiência de transição para a parentalidade vivida por cada família: <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de transição presentes: fatores facilitadores e/ou inibidores dos processos transacionais em curso; • Presença/ausência de comportamentos de vinculação. ○ Mobilização dos modelos de intervenção no cuidar à criança e família, enfatizando o modelo de cuidados centrados na família e a parceria de cuidados, atendendo à unicidade de cada família; ○ Estabelecimento de uma relação terapêutica com os pais; ○ Organização de momentos de reflexão com os pais sobre a gestão das suas vivências e promovendo a esperança realista, utilizando técnicas de comunicação como a empatia, escuta ativa, encorajamento à expressão de sentimentos, uso de silêncio...; ○ Organização de momentos de reflexão e partilha de informação com equipa de enfermagem e enfermeiro orientador; ○ Reuniões tutoriais; ○ Análise reflexiva escrita sobre os modelos e práticas mobilizadas. 	
Recursos	<p style="text-align: center;">Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crianças • Pais • Equipas de Enfermagem • Enf.º Orientador 	<p style="text-align: center;">Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bases de dados de cariz científico • Suporte bibliográfico sobre a temática • Normas e protocolos • Registos de Enfermagem
Local	<ul style="list-style-type: none"> • USF; Serviço de Internamento de Pediatria; Urgência Pediátrica, UCIPED; UCIN; Serviço de Cardiologia Pediátrica 	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Análise Reflexiva; Relatório Final 	

Tabela 3 Atividades que permitem sensibilizar os enfermeiros do serviço de cardiologia pediátrica para as necessidades dos pais no processo de transição para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança com cardiopatia congénita, recursos necessários, local a desenvolver e avaliação

2. DESENVOLVER UM PROGRAMA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DE UMA TRANSIÇÃO SAUDÁVEL PARA A PARENTALIDADE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DA CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÉNITA, EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

2.1. Sensibilizar os enfermeiros do serviço de cardiologia pediátrica para as necessidades dos pais, no processo de transição para a parentalidade da criança hospitalizada com cardiopatia congénita, no primeiro ano de vida

Atividades	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pesquisa de evidência científica sobre: <ul style="list-style-type: none"> - a percepção que os enfermeiros têm das necessidades sentidas pelos pais durante o internamento; - as necessidades referidas pelos pais nesse período. ○ Reuniões tutoriais; ○ Momentos de reflexão e de partilha de experiências e informação com a equipa de enfermagem e enfermeiro orientador; ○ Formulação de um programa de formação e desenvolvimento de enfermagem sobre as estratégias promotoras de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida, que dão resposta às necessidades dos pais. 	
Recursos	Humanos	Materiais
	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças • Pais • Equipas de Enfermagem • Enf.^a Orientador • Enf.^a especialistas • Enf.^a coordenadora • Enf.^a chefe 	<ul style="list-style-type: none"> • Bases de dados de cariz científico • Suporte Bibliográfico sobre a temática • Contributos dos estágios anteriores • Suporte formativo elaborado para a sessão
Local	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Cardiologia Pediátrica 	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da sessão de formação • Relatório Final 	

Tabela 4 Atividades que permitem elaborar um “Programa de cuidados de enfermagem promotor de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança com cardiopatia congénita”, em contexto de internamento em cardiologia pediátrica, recursos necessários, local a desenvolver e avaliação

2. DESENVOLVER UM PROGRAMA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DE UMA TRANSIÇÃO SAUDÁVEL PARA A PARENTALIDADE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DA CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÉNITA, EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

2.2. ELABORAR UM “PROGRAMA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTOR DE UMA TRANSIÇÃO SAUDÁVEL PARA A PARENTALIDADE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA DA CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÉNITA”, EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

Atividades	<ul style="list-style-type: none"> ○ Entrevista semiestruturada a enfermeiros peritos na área da promoção do papel parental no primeiro ano de vida da criança; ○ Sensibilização da equipa de enfermagem em cardiologia pediátrica para o “Programa de cuidados de enfermagem promotor de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança com cardiopatia congénita”; ○ Elaboração de um “Manual de Boas Práticas sobre a Promoção de uma Transição Saudável para a parentalidade no Primeiro Ano de Vida da Criança com Cardiopatia Congénita”, com enfoque no modelo de cuidados de enfermagem centrados na família, parceria de cuidados com os pais, promoção da vinculação entre pais-bebé e promoção da esperança realista: <ul style="list-style-type: none"> • Definição dos princípios e valores subjacentes ao programa; • Definição dos objetivos do programa; • Definição dos modelos de intervenção a serem mobilizados; • Definição das atividades a serem realizadas da admissão à alta; ○ Elaboração de um guia de acolhimento à criança e família; ○ Formulação de um programa de formação e desenvolvimento de enfermagem sobre as estratégias promotoras de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida e a sua implementação no serviço. 	
Recursos	<p style="text-align: center;">Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crianças; Pais; Enfermeiras Chefes; Enfermeiras Coordenadoras; Enfermeiras especialistas; Equipas de enfermagem; Equipa multidisciplinar 	<p style="text-align: center;">Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bases de dados de cariz científico; <i>Dossier</i> de apoio com o suporte bibliográfico sobre a temática e contributos dos restantes campos de estágio; contributos das entrevistas realizadas; Normas e protocolos consultados; Guias de Acolhimento aos Pais; <i>Checklist</i> de competências parentais; Programa de formação à equipa multidisciplinar
Local	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Cardiologia Pediátrica 	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório Final e “Programa de cuidados de enfermagem promotor de uma transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança, com cardiopatia congénita” 	

APÊNDICE III

**Guião de orientação para registo dos comportamentos
de transição para a parentalidade**

GUIÃO DE ORIENTAÇÃO PARA REGISTO DOS COMPORTAMENTOS DE TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Dados significativos sobre a experiência de transição para a parentalidade

- **Tipo(s) de transição presente** (desenvolvimento, situacional, saúde-doença, organizacional)
- **Modelos** (singular, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas, não relacionadas)
- **Propriedades** (consciencialização, ajustamento, mudanças e diferenças, período de experiência, acontecimentos e situações críticas)
- **Dimensões** (simples vs múltiplas, entrada e saída claras vs ambíguas, passagem permitida vs impedida, rompimento particular vs persuasivo, duração curta vs longa, temporária vs permanente, valorização positiva vs negativa, agradáveis vs desagradáveis, desejadas vs indesejadas, planeadas/previsíveis vs não planeadas/imprevisíveis)
- **Condições/Fatores inibidores ou facilitadores**
 - ✓ Pessoais (significados, crenças e atitudes, nível socioeconómico, nível de preparação/planeamento e conhecimento para lidar com a situação)
 - ✓ Comunidade (apoio familiar, rede de suporte, amigos e grupos de apoio)
 - ✓ Sociedade (serviços e profissionais de saúde, infraestruturas de apoio educativo, apoio económico)
- **Padrões de resposta**
 - ✓ Indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping*)
 - ✓ Indicadores de resultado (domínio das novas competências, reformulação de identidades e bem-estar nas relações)
- Indicadores de dificuldade de incorporação da nova identidade/papel:
 - dificuldade na cognição ou *performance* do novo papel;
 - diferenças e incongruências entre o papel desempenhado pelo próprio e aspetos comportamentais e as expectativas esperadas pelo próprio e pelos outros significativos;
 - sentimento dispare entre as novas obrigações e expectativas;
 - sentimentos de depressão, ansiedade, apatia, frustração, perda/luto, desanimo, tristeza e até agressividade e hostilidade;
- **Intervenções de enfermagem:** promoção, prevenção e intervenção

Role Supplementation: processo deliberado onde a insuficiência de papel ou potencial insuficiência de papel é identificada e são definidas condições e estratégias de clarificação e de tomada de papel, de forma a desenvolver mecanismos preventivos ou terapêuticos para diminuir, atenuar ou prevenir a insuficiência de papel.

APÊNDICE IV

**Guião de orientação para reunião com Professora Zaida
Charepe**

REUNIÃO COM PROFESSORA ZAIDA CHAREPE – Aspetos a abordar

Tendo a conta que a promoção da esperança é um fator promotor da resiliência e *empowerment* da pessoa e família com doença crónica, nomeadamente de pais de crianças com doença crónica:

1. Que estratégias podem os enfermeiros utilizar na sua prática diária que permitam identificar os aspetos a trabalhar com estas famílias, no âmbito da promoção da esperança
2. Que intervenções de enfermagem, num contexto de internamento em cardiologia pediátrica (enfermaria e cuidados intensivos) poderiam ser desenvolvidas junto das crianças e famílias para promover a esperança
3. Que competências de enfermagem são consideradas importantes para que os enfermeiros tenham intervenções promotoras de esperança
4. De que forma essas competências poderiam ser desenvolvidas e trabalhadas a nível pessoal e em equipa de enfermagem
5. Quais os recursos já existentes na comunidade (grupos de ajuda mútua) que podem constituir uma fonte de apoio a estas famílias

APÊNDICE V

Entrevista semiestruturada à Enf.^a. orientadora da USF

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Esta entrevista destina-se à recolha de dados para o relatório de estágio intitulado “Cuidar da Criança e Família com Cardiopatia Congénita - Promoção de uma Transição Saudável para a Parentalidade no Primeiro Ano de Vida”. O objetivo geral será **obter a percepção sobre a importância de promover a parentalidade no primeiro ano de vida da criança**, num contexto de saúde, nomeadamente numa Unidade de Saúde Familiar. A entrevista terá uma duração aproximada de 20 minutos, incidindo em questões abertas de resposta livre, em que prima um vocabulário claro e acessível, ainda que rigoroso. Nesta entrevista será assegurada a privacidade do entrevistado, bem como a confidencialidade na análise dos dados obtidos. O seu registo será em suporte de papel.

Caraterização do ambiente da entrevista:

- Local/contexto
- Data
- Duração efetiva

Caraterização do entrevistado:

- Idade e sexo
- Tempo de exercício profissional
- Atividade/cargo na instituição

Com o nascimento do primeiro filho, o casal tem de desenvolver competências que lhes permita desempenhar adequadamente os novos papéis de pai e mãe.

Da sua experiência, quais são:

- as necessidades/dificuldades mais frequentemente apresentadas pelos pais nesta nova etapa das suas vidas?
- as forças apresentadas e o factores que mais os ajudam no novo papel?

De que modo é os enfermeiros apreciam estas necessidades e forças e envolvem os pais na procura das melhores respostas? Quais as estratégias mais utilizadas pela equipa para promover a parentalidade?

A deteção precoce de comportamentos parentais desadequados pode prevenir problemas no futuro. Quais as estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem para detetar essas situações e que tipo de encaminhamento é planeado para esses casos?

APÊNDICE VI

***Check-list* sobre a Presença de Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura**

Presença de Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura:

INDICADORES	No bebé face à mãe		No bebé face ao pai		Observações
	Presente	Ausente	Presente	Ausente	
Reage positivamente à aproximação					
Procura a proximidade e					
Envolve-se em interações à					
Acalma-se na sua presença					
Sossega facilmente após encontro com					
Usa-o como uma base segura para a					
Prefere a sua companhia à de um					
INDICADORES	Na mãe face ao bebé		No pai face ao bebé		Observações
	Presente	Ausente	Presente	Ausente	
Responde às necessidades da					
Reage de forma contingente às					
Está disponível física e emocionalmente					
Tem prazer na interação com o					

Fonte: Indicadores de vinculação segura adotados integralmente de *Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância- Manual de Orientação para Profissionais de Saúde*, quadro pág. 11, DGS (2005)

APÊNDICE VII

Registo de comportamentos parentais

REGISTO DE COMPORTAMENTOS PARENTAIS:

Obtidos por observação, entrevista aos pais e/ou processo clínico

Observação nº _____	Data: ___/___/_____
Contexto: _____	

Idade da criança (em meses): _____ Género: _____

Motivo do contato: _____

Acompanhada por: _____

Caraterização do agregado familiar: _____

Dados significativos sobre a experiência de transição para a parentalidade:	Registos
<ul style="list-style-type: none">• Tipos de transição presente (desenvolvimento, situacional, saúde-doença, organizacional) e padrões• Propriedades (consciencialização, ajustamento, mudanças e diferenças, período de experiência, acontecimentos e situações críticas)<ul style="list-style-type: none">- Nível de planeamento da gravidez- Dados sobre o parto/internamento- O regresso a casa- Características do bebé• Fatores inibidores ou facilitadores<ul style="list-style-type: none">✓ Pessoais (significados, crenças e atitudes, nível socioeconómico, nível de preparação e conhecimento para lidar com a situação)✓ Comunidade (apoio familiar, rede de suporte, amigos e grupos de apoio)✓ Sociedade (serviços e profissionais de saúde, infraestruturas de apoio educativo, apoio económico)	

- Padrões de resposta
 - ✓ Indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e coping)
 - ✓ Indicadores de resultado (domínio das novas competências e reformulação de identidades)

- Indicadores de incorporação da nova identidade: demonstração de conhecimento sobre o bebê (conhecimento das suas nuances de comportamento), sentimento de competência e confiança no novo papel, redefinição das relações familiares

- Intervenções de enfermagem

Avaliação da parentalidade - Indicadores	CRITÉRIOS	Observações
Nível de planeamento da gravidez ⁱ	<ul style="list-style-type: none"> - Planeada - Desejada - Curso de Preparação para Parentalidade 	
Promoção da saúde e bem-estar da criança ^{ii 3}	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos para cuidar da criança² - Hábitos de higiene adequados - Adesão à vacinação e motivação para a vigilância de saúde infantilⁱⁱⁱ - Hábitos de sono (avaliar: nº de horas, tipo de cama, local e estratégias de adormecimento)³ 	
Amamentação/Aleitamento – Alimentação ³⁴	<ul style="list-style-type: none"> - Manifesta motivação para a amamentação - Alimentação adequada para a idade - Manifesta conhecimentos sobre introdução dos novos alimentos 	
Desenvolvimento Infantil ^{3ivv}	<ul style="list-style-type: none"> - Estimula através do brincar e da interação social - Demonstra conhecimentos sobre as aquisições de desenvolvimento da criança²⁵ - Conhece e têm práticas de promoção do desenvolvimento da criança 	Despistar presença se sinais de alerta e/ou de criança pouco estimulada
Adoção de medidas de segurança ³	<ul style="list-style-type: none"> - Previne acidentes: quedas, obstrução das vias aéreas por corpos estranhos, transporte em cadeira própria - Adapta o ambiente físico em função dos riscos - Escolhe brinquedos adequados à idade 	
Interação pai-mãe-criança(-irmãos) ²⁴⁵	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptação e desenvolvimento de novas rotinas familiares - Pai participativo, presente e envolvido nos cuidados - Irmãos interativos e envolvidos - Estabelece contato visual com o bebé - Reação adequada do bebé ao toque e voz dos pais - Presença de gestos de afeto e proteção - Técnicas para acalmar a criança (observar a reação pais ao choro do bebé) 	
Vinculação ^{24vi}	<ul style="list-style-type: none"> - Estado emocional da mãe ou principal cuidador e processo de adaptação ao bebé real vs bebé desejado (grau de <i>enamoramento</i>)⁴ - Existência de sinais de vinculação segura⁴ 	
Suporte social e económico ¹	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de uma rede de suporte familiar (avós, tios) e social (amigos em situações 	

	semelhantes para partilha de experiências) ¹²⁴⁵ - Acesso a profissionais de saúde ¹²	
Planeamento para o futuro ⁴	- Organizar o retomar da vida profissional pelo cuidador principal ² - Ambientar a criança ao novo ambiente e dar a conhecer as características de temperamento da criança ao novo cuidador	
Padrões de comportamento parental ¹²	- Autoconfiança, sentimento de competência para cuidar do bebé ² - Relação/envolvimento com a criança ² - Redefinição social/nível de envolvimento na autosocialização - Equilíbrio entre o novo papel e os anteriores (esposa, filha, profissional) ² - Existência de exemplos (avós) ²	

Referências Bibliográficas

¹ Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

¹ Mercer, Ramona (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. In: Meleis, A. (ed.). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

¹ Direcção-Geral da Saúde (2002). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação. Orientações Técnicas. Lisboa.

¹ Direcção Geral da Saúde (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. Manual de Orientação para profissionais de saúde. Lisboa

¹ Brazelton, T. B., Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.

¹ Bowlby, J. (1990). *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.

APÊNDICE VIII

**Material da sessão de formação realizada aos
enfermeiros na UCIPED**

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

Estágio com relatório

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Um modelo de intervenção em enfermagem

Orientadora:

Professora Teresa
Oliveira Marçal

Elaborado por:

Ana Barão

Lisboa

2013

1. PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Este momento formativo surgiu durante o estágio e não dispensou a estruturação de um plano da ação, que contribuísse para que a sua implementação e avaliação fosse efetuada com eficácia. Na minha perspetiva, tornou-se num momento de partilha e reflexão conjunta entre todos os elementos participantes, formadores e formandos.

Na base desta formação, dirigida à equipa de enfermagem, existiu uma pesquisa teórica sobre os assuntos abordados, na busca de conhecimento, com a finalidade de induzir na equipa de enfermagem a apropriação de competências condutoras de boas práticas de enfermagem pediátrica.

TEMA DA FORMAÇÃO	O tema é “PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: Um modelo de intervenção em enfermagem”.
-------------------------	--

DATA E LOCAL	A ação decorrerá no 1º Semestre do ano de 2013, numa unidade de cuidados intensivos pediátrica (UCIPED).
---------------------	--

DURAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	30 de exposição e 20' de reflexão conjunta.
------------------------------------	---

DESTINATÁRIOS	Os formandos serão toda a equipa de enfermagem da UCIPED.
----------------------	---

PRELETOR	Ana Barão (Mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediatria da ESEL)
-----------------	--

OBJECTIVOS GERAIS	Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da promoção da parentalidade e as estratégias de enfermagem a utilizar em cuidados intensivos pediátricos.
--------------------------	---

**OBJECTIVOS
ESPECÍFICOS**

Elencar as principais necessidades sentidas pelos pais de crianças internadas, em unidades de cuidados intensivos

Identificar os principais contributos da promoção da parentalidade, para as crianças e pais, numa perspetiva da Teoria das Transições de Afaf Meleis

Identificar algumas estratégias de promoção da parentalidade

Refletir com a equipa sobre as estratégias já utilizadas na promoção da parentalidade, em contexto de cuidados intensivos, com vista ao melhoramento das práticas de enfermagem

Apresentar a folha de Registo de (Re)Aquisição de Competências Parentais , como estratégia promotora da parentalidade

ASSUNTOS A ABORDAR Cuidar da criança e família em contexto de UCIPED - um desafio.

Promoção da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança.

As experiências e as necessidades dos pais durante o internamento da criança na UCIPED.

A parentalidade e os processos de transição - comportamentos indicativos de uma transição saudável no primeiro ano de vida.

Estratégias de enfermagem para a promoção de uma transição saudável para a parentalidade.

**MÉTODOS
PEDAGÓGICOS**

Método expositivo e interativo (espaço de partilha de experiências e de sentimentos, esclarecimento de dúvidas, aceitação de sugestões)

**RECURSOS
PEDAGÓGICOS**

Slide Show- Microsoft Office PowerPoint 2007;

CONCLUSÃO

Síntese dos conteúdos abordados.
Discussão e partilha de sentimentos e emoções (relação com as dificuldades da prática diária).

AValiação

Intervenção direta dos enfermeiros participantes.
Aplicação de uma ficha de avaliação.



Objetivo Geral

Analisar com a equipa de enfermagem a importância da promoção da parentalidade e as estratégias de enfermagem a utilizar em contexto de cuidados intensivos pediátricos.

Objetivos Específicos

- ▶ Elencar as principais necessidades sentidas pelos pais de crianças internadas, em unidades de cuidados intensivos
 - ▶ Identificar os principais contributos da promoção da parentalidade, para as crianças e pais, numa perspetiva da Teoria das Transições de Afaf Meleis
 - ▶ Identificar algumas estratégias de promoção da parentalidade
 - ▶ Refletir com a equipa sobre as estratégias já utilizadas na promoção da parentalidade, em contexto de cuidados intensivos, com vista ao melhoramento das práticas de enfermagem
 - ▶ Apresentar a folha de Registo de (Re)Aquisição de Competências Parentais, como estratégia promotora da parentalidade
-

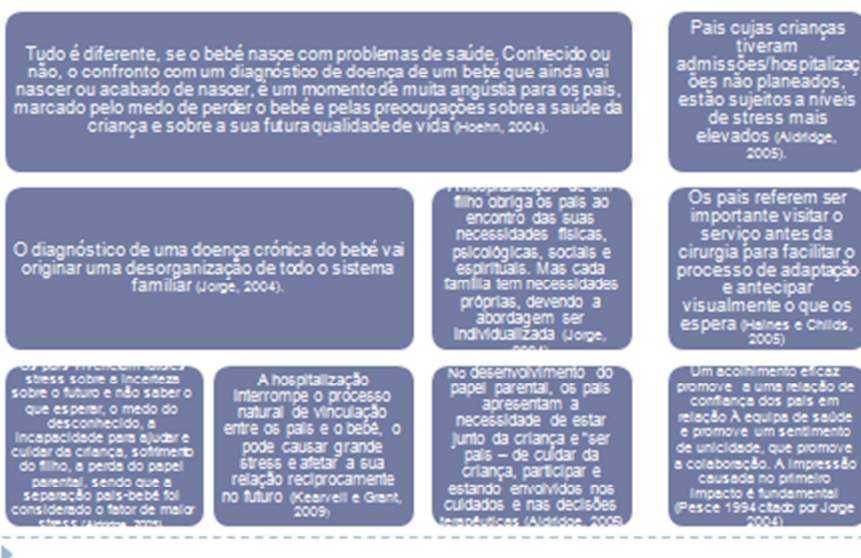
O Projeto ...

Cuidar da Criança e Família com Cardiopatia Congénita

- Promoção de uma
Transição Saudável
para a
Parentalidade no
Primeiro Ano de Vida



Algumas evidências já estudadas...



Internamento em UCIPED:

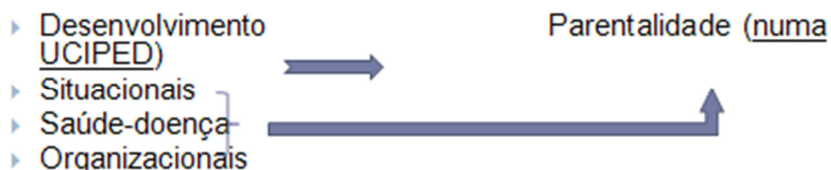
- Experiências e necessidades dos pais



Teoria das Transições – Afaf Meleis

- ▶ Transição consiste na passagem de uma fase da vida, condição ou estatuto, para outro. Refere-se ao processo e aos resultados da complexa interação entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está envolvida pelo contexto e pela situação (Meleis, 2010).

- ▶ Podem ser de:



Parentalidade ...

- ▶ Consiste em “assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação do 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” [CIFE02, (OE, 2011)].



Estabelecer indicadores e critérios que permitam fazer uma apreciação da experiência de transição para a parentalidade vivida por cada família

Comportamentos Indicativos da Transição para a Parentalidade no Primeiro Ano de Vida



Promoção da saúde e bem-estar da criança

Promover o envolvimento da família nos cuidados à criança:

- higiene
- sono e repouso
- alimentação
- segurança

Elaborar o planeamento dos ensinamentos a realizar aos pais sobre os cuidados à criança, atendendo na concretização dessas intervenções ao seu estado de saúde e ao estado emocional dos pais

Fazer os reforços necessários nos ensinamentos, proporcionando aos pais a oportunidade de cuidar o seu filho, somente com a ajuda necessária promovendo, sempre que possível, a aquisição da autonomia, com supervisão de enfermagem durante o internamento



Vinculação

Avaliação da Presença de *Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura* na mãe, pai e criança

Promover situações interativas agradáveis e satisfatórias para a criança e pais

Ajudar os pais a perceber, interpretar e atuar face aos sinais físicos, emocionais e relacionais da criança

Explicar aos pais qual o melhor momento para interagir com a criança e incentivá-los, proporcionando um ambiente calmo e tranquilo



Padrões de comportamento parental

Transmitir aos pais a informação e conhecimento necessários ao desempenho do novo papel

Clarificar junto dos pais as suas funções

Promover o envolvimento nos cuidados, planeando com os pais a hora de prestação de cuidados, para que possam estar presentes (dentro das suas possibilidades) e intervir (consoante o estado de saúde da criança) na troca da fralda, banho, posicionamento, etc

Incentivar a mãe e o pai a manter o toque positivo, contacto visual, o método de canguru e colo e promover no pai, incentivando-os através dos benefícios que traz para a criança e utilizando técnicas de comunicação adequadas, para entender os seus receios e ajudá-los a ultrapassar os seus medos

Elogiar o envolvimento dos pais e a aprendizagem de habilidades



Experiência de uma transição saúde-doença

Realizar a admissão da família ao serviço, dando a conhecer a filosofia do serviço e garantindo um início de relação positiva com a equipa multidisciplinar

Atribuir uma significação positiva a UCIPED, através do acolhimento e da desmistificação dos aparelhos

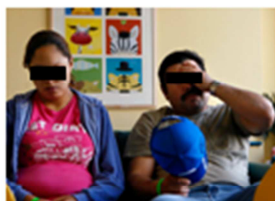
Promover a comunicação expressiva de sentimentos e apoio emocional

Manter um canal de comunicação aberto, caracterizado por acessibilidade e honestidade na transmissão de informação, promovendo a confiança na equipa

Estabelecer uma relação em que os pais sintam que são importantes e que as suas opiniões são ouvidas

Desmistificação do sentimento de culpabilização sentido pelos pais

Promover o acesso ao apoio socioeconómico necessário, nomeadamente proporcionando contato com pais em situações semelhantes (GAM)



Estratégias para uma Intervenção de Enfermagem Promotora de Transição Saudável para a Parentalidade

Programa de Acolhimento

Parceria de Cuidados

Promoção da Vinculação pais-bebé

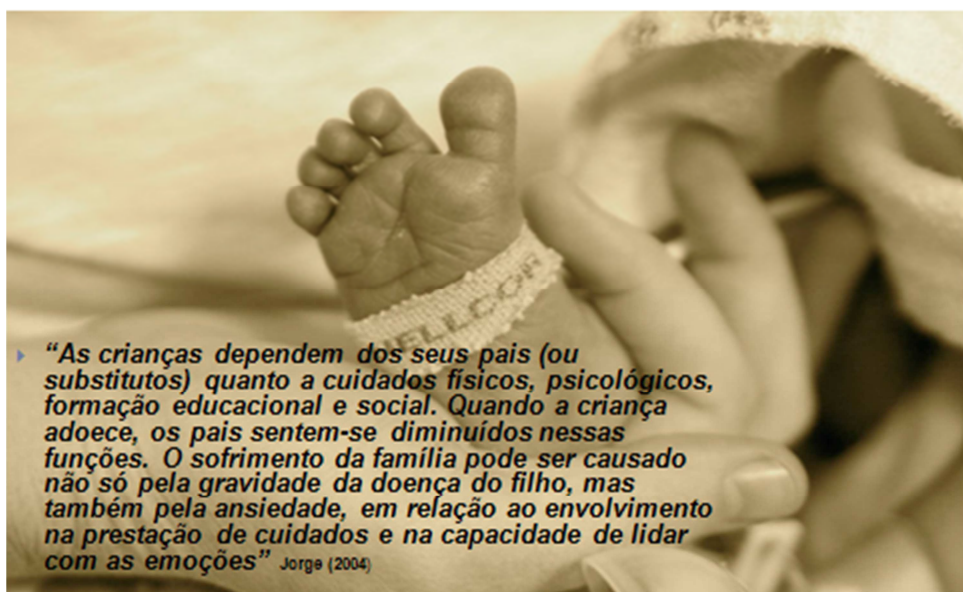
Registos de Enfermagem:

- Folha de Registo de (Re)Aquisição de Competências Parentais
- *Check-list* de Vinculação

Enfermeiro de Referência (?)

Grupos de Ajuda Mútua

Conclusão



Referências Bibliográficas

- ▶ Aldridge, Michael D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience. *Critical Care Nurse*, 25, 40-50.
- ▶ Haines, C. & Childs, H. (2005). Parental satisfaction with paediatric intensive care. *Paediatric Nursing*, 7 (17), 37-41.
- ▶ Hoehn, K. Sarah et al. (2004). Parental decision-making in congenital heart disease. *Cardiol Young*, 14, 309-314.
- ▶ Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Lusodidacta. Loures.
- ▶ Kearvell, Hayley & Grant, Julian (2009). Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 (3), 75-82.
- ▶ Ordem Enfermeiros (2011). CIFE® Versão 2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa https://membros.ordemenfermeiros.pt/downloads/documentos/CIFE2%20pt_proteg.pdf Acedido em 2/07/2012
- ▶ Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, New York

Muito Obrigada ...

Por me acompanharem neste percurso
e integrarem este projeto

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação

“Promoção da Parentalidade em Cuidados Intensivos Pediátricos”

UCIPED

1. Identificação do formando

Idade: _____

Sexo:

M	<input type="checkbox"/>
F	<input type="checkbox"/>

Grau académico: _____

Tempo de exercício profissional: _____

Tempo de exercício profissional em pediatria: _____

Tempo de exercício profissional em cuidados intensivos pediátricos: _____

Na sua avaliação utilize a seguinte escala

1	2	3	4
Insuficiente	Suficiente	Bom	Excelente

Obrigada pela sua colaboração

2. Conhecimentos iniciais sobre o tema

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Pertinência do tema

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Conteúdos da sessão

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Domínio da temática pelo formador

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Duração da sessão

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Metodologia utilizada

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Meios audiovisuais utilizados

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sugestões/Observações: (Aspetos considerados mais importantes e a desenvolver com maior profundidade ou a incluir em ações deste tipo; aspetos melhor conseguidos e aspetos a melhorar)

Data: ___ / ___ / _____

APÊNDICE IX

**Guião de entrevista semiestruturada à Enf.^a. Chefe da
UCIN**

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Esta entrevista destina-se à recolha de dados para o relatório de estágio intitulado “Cuidar da Criança e Família com Cardiopatia Congénita - Promoção de uma Transição Saudável para a Parentalidade no Primeiro Ano de Vida”. O objetivo geral será **obter a percepção sobre a importância de promover a parentalidade no primeiro mês de vida da criança**, num contexto de doença, nomeadamente de internamento numa unidade de neonatologia (UCIN). A entrevista terá uma duração aproximada de 30 minutos, incidindo em questões abertas de resposta livre, em que prima um vocabulário claro e acessível, ainda que rigoroso. Nesta entrevista será assegurada a privacidade do entrevistado, bem como a confidencialidade na análise dos dados obtidos. O seu registo será em suporte de papel.

Caraterização do ambiente da entrevista:

- Local/contexto
- Data
- Duração efetiva

Caraterização do entrevistado:

- Idade e sexo
- Tempo de exercício profissional
- Atividade/cargo na instituição
- Habilitações académicas

Com o nascimento de uma criança, o casal tem de desenvolver competências que lhes permita desempenhar adequadamente os novos papéis de pai e de mãe. Quando o bebé nasce com problemas de saúde e necessita de internamento numa unidade de cuidados neonatais durante o primeiro mês de vida, a experiência de transição saudável para a parentalidade, pode ficar dificultada.

- 1- Da sua experiência, quais as principais dificuldades sentidas pelos pais neste processo, durante o internamento na UCIN?

- 2- Em neonatologia, é primordial que os enfermeiros façam uma apreciação da experiência de parentalidade vivenciada por cada família, de forma a poder identificar as suas necessidades e forças que envolvem os pais na procura das melhores respostas.
 - a. Que modelos, estratégias e instrumentos utilizam para esta apreciação?
 - b. Que aspetos específicos marcam a experiência de parentalidade, nas situações de malformações congénitas do bebé e de possível doença crónica da criança?

- 3- Em contexto de internamento do bebé em UCIN, as estratégias de intervenção utilizadas pela equipa de enfermagem passam pela promoção da parentalidade,
 - a. Que modelos, estratégias e instrumentos utilizam nesta intervenção?
 - b. Que intervenções específicas são planeadas neste âmbito, nos casos de malformações congénitas do bebé e possível doença crónica da criança?

- 4- De que forma é que a equipa de enfermagem identifica situações de dificuldade de incorporação da nova identidade/papel parental. Que estratégias utiliza a equipa nestes casos, ainda durante o internamento, mas também que mecanismos são acionados para posterior acompanhamento da família após a alta/transferência da criança?

APÊNDICE X

**Registo de Comportamentos indicativos da transição para
a parentalidade no primeiro ano de vida**

REGISTO DE COMPORTAMENTOS INDICATIVOS DA TRANSIÇÃO PARA PARENTALIDADE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Observação nº

Data:

Obtida por:

Contexto:

Idade da criança:

Data de nascimento:

Género:

Motivo do contato:

Data de internamento:

Acompanhada por:

Caraterização do agregado familiar:

Observações:

(Por pais, leia-se mãe ou pai ou quem os substituir e assuma o papel parental e de prestador de cuidados da criança)

Indicadores	Critérios	Dados Recolhidos (diagnóstico da situação) (Não demonstrado/demonstrado)	Intervenções de Enfermagem (Ensinar, Instruir, treinar e supervisar)	Síntese de dados significativos sobre a experiência de transição para a parentalidade (Não demonstrado/demonstrado)
Gravidez 1,2,4,5	<ul style="list-style-type: none"> - Planeada - Desejada - Frequência de Curso de Preparação para Parentalidade 			
Promoção da saúde e bem-estar da criança 2,3,4,6	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento e/ou habilidade dos pais sobre cuidados de higiene à criança^{3,6} <ul style="list-style-type: none"> • Banho • Troca da fralda • Cuidados com o coto umbilical • Vestuário - Conhecimento e/ou habilidades dos pais sobre o sono^{3,6} <ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos diferentes estadios de sono • Colocação adequada da roupa de cama da criança • Posições para dormir • Hábitos de sono adequados (nº de horas, tipo de cama, local e estratégias de adormecimento) • Rotinas do sono - Conhecimento e/ou habilidades dos pais sobre sinais de <i>stress</i> na criança <ul style="list-style-type: none"> • Gestão do ambiente físico 			

	<ul style="list-style-type: none">• Controlo da agitação da criança: medidas de conforto, posicionamentos, toque positivo, contenção, proporcionar sucção não nutritiva, canguru, colo, objeto significativo para a criança <p>- Conhecimento da mãe sobre amamentação</p> <ul style="list-style-type: none">• Motivação (atender a terapêutica e/ou problemas de saúde associados)^{3,4,6}• Vantagens da amamentação• Alimentação materna• Características do leite materno• Recolha, conservação e transporte de leite materno• Técnica da amamentação• Reconhecer os sinais de fome da criança <p>- Habilidades da mãe para amamentar</p> <ul style="list-style-type: none">• Técnica da amamentação• Adaptação à mama• Interação com a criança <p>- Conhecimento e/ou habilidades dos pais sobre alimentação da criança adequada à idade^{3,4,6}</p> <ul style="list-style-type: none">• Leite adaptado adequado à idade• Preparação do biberão• Técnica de alimentação• Interação com a criança			
--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Diversificação alimentar <p>- Conhecimento e/ou habilidades dos pais medidas de segurança</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão do ambiente físico em função dos riscos inerentes à idade^{3,6} • Prevenção de acidentes: afogamento, asfixia por corpo estranho, asfixia por engasgamento, quedas e acidentes rodoviários <p>- Conhecimento dos pais sobre saúde infantil (após a alta)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adere à vacinação • Frequenta as consultas de vigilância de saúde infantil^{3,6} • Sinais de alerta para recorrer à urgência <p>- Conhecimento dos pais sobre adesão ao regime terapêutico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas • Medicação 			
Desenvolvimento Infantil^{3,5,6}	<p>- Conhecimento e/ou habilidades dos pais sobre práticas promotoras do desenvolvimento infantil^{3,6}. estimulação através de posicionamentos adequados, da interação, do brincar e da interação social^{3,6}</p> <p>- Conhecimento dos pais sobre as aquisições de desenvolvimento da criança^{2,5,6}</p> <p>[Nota: Consulta de Parâmetros do Desenvolvimento do Infantil/Atividades Promotoras,</p>			

	<p>Aspetos Prejudiciais e Fortalecedores do Desenvolvimento Psicoafectivo e Sinais de Alerta de acordo com a Faixa Etária (OE,2010)]</p>			
<p>Interação pai-mãe-criança (-irmãos) 2,4,5,6</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração de adaptação e desenvolvimento de novas rotinas familiares - Pai participativo, presente e envolvido nos cuidados - Demonstração de técnicas adequadas para acalmar a criança (observar a reação pais ao choro do bebé e à satisfação das necessidades da criança) - Comunicação eficaz entre os pais, baseada em suporte e em apoio emocional - Irmãos interativos e envolvidos na nova dinâmica familiar <p>[Nota: quando possível utilização d a <i>Avaliação Neurocomportamental do Recém-nascido</i>, Brazelton (1992)]</p>			
<p>Vinculação^{1,2,4,5,6,7}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estado emocional da mãe ou principal cuidador - Processo de adaptação ao bebé real vs bebé desejado (grau de <i>enamoramento</i>)⁴ - Presença de contato visual, toque positivo e gestos de afeto e proteção dos pais à criança - Criança apresenta reação adequada ao toque e voz dos pais - Presença de sinais de vinculação segura entre a mãe/pai e criança⁴ <p>[Consulta <i>check-list</i> de Presença de Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura, cujos</p>			

	<p>indicadores foram adotados integralmente do quadro da pág. 11 in <i>Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância- Manual de Orientação para profissionais de saúde</i>, DGS (2005)]</p>			
<p>Suporte social e económico^{1,2,4,5}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de uma rede de suporte familiar (avós, tios) - Presença de uma rede de suporte social (pessoas em situações semelhantes para partilha de experiências ou grupos de apoio/ajuda mutua)^{1,2,4,5} - Acesso a cuidados e profissionais de saúde diferenciados^{1,2} - Encaminhamento adequado em caso de necessidade de suporte económico 			
<p>Planeamento para o futuro^{2,4}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organização sobre o retomar da vida profissional pelo cuidador principal² - Preparação da adaptação da criança ao novo ambiente, dando a conhecer as características de temperamento da criança ao novo cuidador⁴ 			
<p>Padrões de comportamento parental^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra autoconfiança e sentimento de competência para cuidar do bebé^{1,2} - Demonstra relação/envolvimento esperados com a criança² - Demonstra a redefinição social esperada, inerente ao novo papel e investe na autossocialização² - Demonstra equilíbrio entre o novo papel e os anteriores (ex: esposa, filha, profissional)² 			

Experiência de uma situação saúde-doença	<ul style="list-style-type: none">- Reações /sentimentos-Necessidades de informação- Participação nos cuidados- Estratégias de <i>coping</i>			
Esperança	Diminuída ou não diminuída			

Referências Bibliográficas

- ¹ Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- ² Mercer, Ramona (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. In: Meleis, A. (ed.). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- ³ Direcção-Geral da Saúde (2002). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação. Orientações Técnicas. Lisboa.
- ⁴ Direcção Geral da Saúde (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. Manual de Orientação para profissionais de saúde. Lisboa
- ⁵ Brazelton, T. B., Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- ⁶ Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE, Serie 1, numero 3, volume 1.
- ⁷ Bowlby, J. (1990). *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.

APÊNDICE XI

**Folha de Registo de (Re)Aquisição de Competências
Parentais e *Check-list* sobre a Presença de
Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura**

FOLHA REGISTO DE (RE)AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

IDADE: _____ PESO: _____ P PESO: _____ COMPRIMENTO _____ P COMPRIMENTO: _____

DATA DE INTERNAMENTO: ____/____/____ MOTIVO DE INTERNAMENTO: _____

	Indicadores	ACÇÕES DE ENFERMAGEM			Demonstração
		1ª	2ª	3ª	
		Conhecimento dos pais relativo a:			
SERVIÇO	1) Funcionamento				
	2) Filosofia do serviço				
	3) Equipa multidisciplinar				
DIREITOS E DEVERES PARENTAIS	4) Licença parental				
	5) Faltas para assistência a filho				
	6) Registo da criança e mudança do nome de internamento (se recém-nascido)				
OBSERVAÇÕES					
PADRÕES DE COMPORTAMENTO PARENTAL					
ALIMENTAÇÃO (CONSULTAR GUIA DE ALEITAMENTO MATERNO)	7) Importância/benefícios da amamentação				
	8) Manutenção da lactação (extração, conservação e transporte de leite materno)				
	9) Alimentação materna (se amamentação)				
	10) Adaptação à mama				
	11) Preparação do leite adaptado				
	12) Administração do biberão				
	13) Manobra de eructação e engasgamento				
	14) Diversificação alimentar				
ELIMINAÇÃO	15) Padrão de eliminação e características				
	16) Cólicas				
	17) Massagem abdominal				
	18) Estimulação rectal				
CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO	19) Mudança da fralda				
	20) Banho no leito				
	21) Banho de banheira				
	22) Higiene olhos, ouvidos e coto umbilical				
	23) Produtos de higiene;				
	24) Vestuário				
SONO E REPOUSO	25) Padrão de sono				
PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	27) Interação/estimulação				
	28) Estimulação através do brincar				
	29) Método de canguru ou colo				

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

- Se pai e mãe diferente preencher azul pai e preto mãe

- "DEMONSTRAÇÃO" preencher: "P" Presente e "A" Ausente

- "ACÇÃO DE ENFERMAGEM" preencher: "E" Ensinar; "I" Instruir; "T" Treinar e "S" Supervisar

	Indicadores	ACÇÕES DE ENFERMAGEM				Demonstração
		1ª	2ª	3ª	3ª	
	Conhecimento dos pais relativo a:					
MEDIDAS DE SEGURANÇA	30) Quedas					
	31) Aspiração					
	32) Visitas					
	33) Transporte					
VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL APÓS ALTA / ADESAO AO REGIME TERAPÉUTICO	34) TESTE DE DIAGNÓSTICO PRECOCE					
	35) Plano Nacional de Vacinação					
	36) Consulta de seguimento hospitalar					
	37) Consulta de vigilância de saúde infantil					
	38) Sinais de alerta para recorrer à urgência					
	39) Prevenção de acidentes no 1º ano de vida					
	40) Medicação					
OBSERVAÇÕES						

Documento construído a partir do estudo e de resultados da aplicação do "Guião de orientação para registo dos comportamentos de transição para a parentalidade" (Apêndice III) e "Registo de Comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida" (Apêndice X)

Presença de Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura:					
INDICADORES	Na criança face à mãe		Na criança face ao pai		
	P	A	P	A	
Reage positivamente à aproximação					
Procura a proximidade e mantém o contacto					
Envolve-se em interações à distância					
Acalma-se na sua presença					
Sossega facilmente após encontro com ele					
Usa-o como uma base segura para a exploração					
Prefere a sua companhia à de um estranho					
INDICADORES	Na mãe face à criança		No pai face à criança		
	P	A	P	A	
Responde às necessidades da criança de modo caloroso, sensível e afável					
Reage de forma contingente às manifestações da criança					
Está disponível física e emocionalmente					
Tem prazer na interação com a criança					
OBSERVAÇÕES:					

Fonte: Indicadores de vinculação segura adotados integralmente de *Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância- Manual de Orientação para Profissionais de Saúde*, quadro pág. 11, DGS (2005)

APÊNDICE XII

**Material de apoio para posicionamentos e roupas para os
bebés internados na UCIPED**





APÊNDICE XIII

Guia de Acolhimento à Criança e Família

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

Os pais podem permanecer junto da criança das 9h às 22h.

Os períodos de visita decorrem entre as 14h30-15h30 e 17h30-19h30. A criança pode receber alternadamente 2 visitas. Podem permanecer apenas 2 pessoas junto da criança, sendo uma delas um dos pais ou pessoa de referência.

É importante reduzir o número de visitas nesta fase, para proteger a criança, pelo que deve ser dada preferência à presença das pessoas mais significativas.

Não é permitida a visita de crianças com idade inferior a 12 anos, contudo são consentidas visitas dos irmãos, quando combinadas previamente com a equipa de saúde. É importante manter os irmãos informados e incluídos, durante o período de internamento.

É necessário anunciar a sua chegada à unidade tocando à campainha e aguardando autorização para entrar.

Todas as visitas devem desinfetar as mãos na solução alcoólica, à entrada do serviço e também antes de tocar na criança. Deve colocar um avental de proteção, que lhe será fornecido.

Coloque o telemóvel no modo silencioso.

Para garantir o bom funcionamento do serviço, as normas em vigor deverão ser cumpridas. Em condições excecionais, o serviço reserva-se o direito de alterar temporariamente as normas de funcionamento, nomeadamente pedir momentaneamente a saída dos pais da UCIPED, sempre que necessário.

Desejamos que o internamento do seu filho seja o mais breve e tranquilo possível

RECURSOS DE APOIO AOS PAIS

- Capela/Assistência Espiritual
- Serviço Social
- Associação Coragem
- Liga dos Amigos do Hospital de Santa Cruz
- Cacifos: onde pode deixar os seus pertences pessoais, antes de entrar na unidade.
- Refeitório (piso 6): onde poderá almoçar e jantar com uma senha fornecida pela enfermeira. Horário: 12h-15h e 19h-21h. Sempre que se justifique, as refeições intermédias são fornecidas na sala de estar do piso 4.

AS INFORMAÇÕES

Todas as informações sobre o estado de saúde da criança são dadas diretamente aos pais e atualizadas sempre que haja necessidade.

Os pais podem telefonar para a UCIPED durante as 24 horas.

A nossa equipa preza a transmissão de informação com clareza e honestidade e a criação de laços de confiança, com os principais cuidadores da criança.

CONTACTOS UTEIS

- Hospital de Santa Cruz (Geral) - 21 043 30 00
- Consulta de Cardiologia Pediátrica - 21 043 31 78
- Enfermaria de Cardiologia Pediátrica - 21 043 31 21/22
- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica - 21 043 30 31
- Serviço Social - 21 043 31 18
- Associação Coragem - 21 043 31 63

Elaborado por Enf.ª Ana Barão e Enf.ª Nidia Alves

Revisto por: Enf.ª Chefe Nazaré Vilhena, Enf.ª Especialista Filipa Luz e Enf.ª Especialista Paula Figueiredo

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA

GUIA DE ACOLHIMENTO

À Criança e Família



SERVIÇO DE
**CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA**

Este guia pretende fornecer-lhe as informações necessárias para que se sinta mais preparado para o internamento do seu filho, na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIPED).

A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA

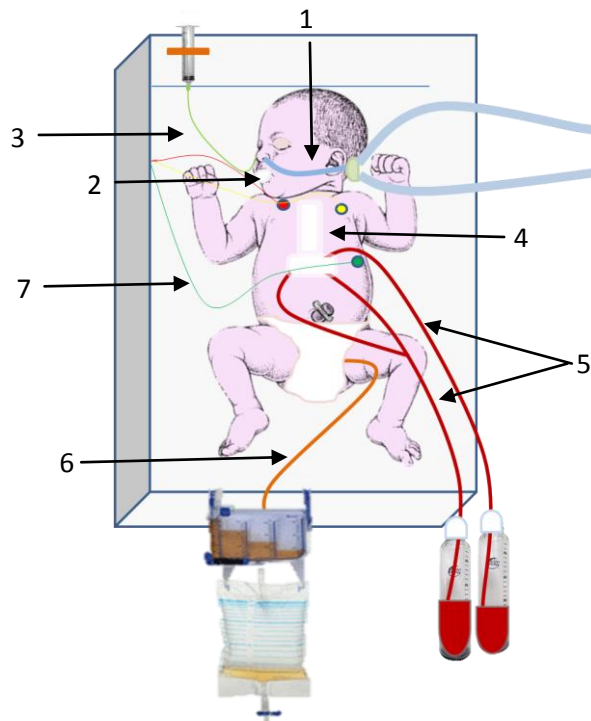
A UCIPED situa-se no piso 1 do hospital e encontra-se incorporada dentro da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica (UCI). Destina-se a crianças de todas as idades que necessitem de internamento em cuidados intensivos, devido a doença cardíaca.



Após a chegada à UCIPED, precisaremos de algum tempo para estabilizar a criança e logo que possível será chamado para junto do seu filho.

A sua criança irá estar rodeada por máquinas que monitorizam tudo o que é importante, para que a equipa de saúde possa cuidar dela o melhor possível.

A presença de muito equipamento, fios e tubos, pode ser gerador de *stress*, mas tente concentrar-se no seu filho. Estará sempre um médico e um enfermeiro por perto, que garantem os cuidados especializados necessários.



LEGENDA:

1. Tubo endotraqueal: colocado pelo nariz ou boca até aos pulmões. Está ligado a um ventilador que assegura a respiração enquanto a criança não recupera essa capacidade.
2. Compressa colocada na garganta para evitar fuga de ar à volta do tubo endotraqueal.
3. Sonda Nasogástrica: colocado pelo nariz ou boca até ao estômago. Serve para libertar ar e/ou líquidos acumulados no estômago e para iniciar alimentação.
4. Penso da sutura operatória.
5. Drenos: colocados abaixo do esterno. Servem para libertar os restos de sangue resultantes da cirurgia.
6. Algália: serve para drenar a urina, facilitando a sua contabilização.
7. Monitorização dos sinais vitais.

OS PAIS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A equipa de saúde irá ajudá-lo a integrar-se nas rotinas de cuidados ao seu filho, uma vez que a sua presença e envolvimento nos cuidados, são fundamentais para a recuperação da criança.

Será incluído no processo de tomada de decisão sobre o tratamento do seu filho e esclarecido acerca de todas as suas dúvidas.

A EQUIPA DE SAÚDE

A cuidar do seu filho vai encontrar inúmeros profissionais, que integram a equipa de saúde e que garantem os cuidados necessários à criança: cardiologistas pediátricos, cirurgiões cardiorádicos, pediatras, enfermeiros, enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, dietista, farmacêuticas, assistente social, assistentes operacionais e técnicos de radiologia.

Conte com o apoio da equipa de saúde para qualquer esclarecimento e gestão das suas dificuldades

O QUE PODE TRAZER PARA A UNIDADE

O internamento na UCIPED é causador de *stress* e ansiedade na criança. A presença do seu brinquedo favorito ou de objeto significativo, como a fralda, chupeta ou o biberão, podem ajudar a confortá-lo.

Para um maior conforto, também poderá trazer algum vestuário adequado à idade do seu filho: pijamas abertos à frente, meias, gorro (se recém-nascido) e chinelos.

Se estiver a amamentar é importante que continue. Pode retirar leite em casa e congelar e quando o seu bebé começar a ser alimentado, trazê-lo devidamente acondicionado. No hospital poderá extrair leite na enfermaria do piso 4 (Cardiologia Pediátrica).

APÊNDICE XIV

Painel de acolhimento aos pais e crianças



SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

APÊNDICE XV

Proposta de farda para o serviço de cardiologia pediátrica



APÊNDICE XVI

**Livro de partilha de experiências e promoção da
esperança**

O Livro
dos Pais

APÊNDICE XVII

Material da sessão de formação realizada aos enfermeiros no serviço de cardiologia pediátrica

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

Estágio com relatório

3ª Semestre

Serviço de Cardiologia Pediátrica

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Um modelo de intervenção em enfermagem

Orientadora:

Professora Teresa Oliveira Marçal

Elaborado por:

Ana Barão

Lisboa

2013

1. PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Este momento formativo surgiu durante o estágio e não dispensou a estruturação de um plano da ação, que contribuísse para que a sua implementação e avaliação fosse efetuada com eficácia. Na minha perspetiva, tornou-se num momento de partilha e reflexão conjunta entre todos os elementos participantes, formadores e formandos.

Na base desta formação, dirigida à equipa de enfermagem, existiu uma pesquisa teórica sobre os assuntos abordados, na busca de conhecimento, com a finalidade de induzir na equipa de enfermagem a apropriação de competências condutoras de boas práticas de enfermagem pediátrica.

TEMA DA FORMAÇÃO	O tema é “PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: Um modelo de intervenção em enfermagem”.
-------------------------	--

DATA E LOCAL	A ação decorrerá no 2º Semestre do ano de 2013, num serviço de cardiologia pediátrica.
---------------------	--

DURAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO	40' de exposição e 20' de reflexão conjunta.
------------------------------------	--

DESTINATÁRIOS	Equipa de enfermagem de uma UCIPED.
----------------------	-------------------------------------

PRELETOR	Ana Barão (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL)
-----------------	--

OBJECTIVOS GERAIS	Analisar com a equipa de enfermagem a importância da promoção da parentalidade e as estratégias de enfermagem a utilizar em contexto de cuidados intensivos pediátricos.
--------------------------	--

OBJECTIVOS

ESPECÍFICOS

Destacar as principais necessidades sentidas pelos pais de crianças internadas, em unidades de cuidados intensivos.

Identificar os principais contributos da promoção da parentalidade, para as crianças e pais, à luz da *Teoria das Transições* de Afaf Meleis.

Refletir com a equipa de enfermagem sobre as estratégias já implementadas na promoção da parentalidade, em contexto de cuidados intensivos, que fomentam as boas práticas de enfermagem.

Dar a conhecer alguns indicadores de comportamentos indutores da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida.

Aprofundar conhecimentos relacionados com estratégias de promoção da parentalidade.

Apresentar a folha de *Registo de (Re)Aquisição de Competências Parentais e Presença de Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura*, como estratégias promotoras da parentalidade.

Dar a conhecer o *Guia de Acolhimento à Criança e Família*, a ser implementado na UCIPED, como instrumento de promoção da parentalidade.

ASSUNTOS A ABORDAR Cuidar da criança e família com cardiopatia congénita – principais conceitos.

Promoção da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança.

As experiências e as necessidades dos pais durante o internamento da criança na UCIPED.

A parentalidade e os processos de transição.

Comportamentos indicativos da transição saudável para a parentalidade no primeiro ano de vida.

Estratégias de enfermagem para uma intervenção promotora da transição saudável para a parentalidade.

**MÉTODOS
PEDAGÓGICOS**

Método expositivo e interativo (espaço de partilha de experiências e de sentimentos, esclarecimento de dúvidas, aceitação de sugestões)

**RECURSOS
PEDAGÓGICOS**

Slide Show- Microsoft Office PowerPoint 2007;

CONCLUSÃO

Apresentação das considerações finais.
Discussão e partilha das dificuldades da prática diária relacionadas com a promoção da parentalidade.

AVALIAÇÃO

Intervenção direta dos enfermeiros formandos.
Aplicação de uma ficha de avaliação.

Promoção da Parentalidade em Cuidados Intensivos Pediátricos

Um modelo de intervenção de enfermagem



2013

ENF. **ANA BARÃO**
(Estudante 3ª Mestrado em
Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria ESEL)

DOCENTE ORIENTADOR
PROF. TERESA OLIVEIRA MARÇA

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

1. OBJETIVO GERAL



SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

1. Objetivo geral

Analisar com a equipa de enfermagem a importância da promoção da parentalidade e as estratégias de enfermagem a utilizar em contexto de cuidados intensivos pediátricos.

SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS



SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

2. Objetivos Específicos

- ❑ Elencar as principais necessidades sentidas pelos pais de crianças internadas, em unidades de cuidados intensivos
- ❑ Identificar os principais contributos da promoção da parentalidade, para as crianças e pais, numa perspetiva da *Teoria das Transições* de Afaf Meleis
- ❑ Refletir com a equipa sobre as estratégias já utilizadas na promoção da parentalidade, em contexto de cuidados intensivos, com vista ao melhoramento das práticas de enfermagem
- ❑ Dar a conhecer alguns indicadores de comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida
- ❑ Aprofundar conhecimentos sobre estratégias de promoção da parentalidade
- ❑ Apresentar a folha de *Registo de (Re)Aquisição de Competências Parentais e Presença de Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura*, como estratégias promotoras da parentalidade
- ❑ Apresentar o *Guia de Acolhimento à Criança e Família*, a ser implementado na UCIPED, como estratégia promotora da parentalidade

SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



3. O PROJETO...

... CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA COM CARDIOPATIA CONGÉNITA



SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

4. ALGUMAS EVIDÊNCIAS JÁ ESTUDADAS



SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

4. Algumas evidências já estudadas

Tudo é diferente, se o bebê nasce com problemas de saúde. Conhecido ou não, o confronto com um diagnóstico de doença de um bebê que ainda vai nascer ou acabado de nascer, é um momento de muita angústia para os pais, marcado pelo medo de perder o bebê e pelas preocupações sobre a saúde da criança e sobre a sua futura qualidade de vida (Horn, 2004).

Pais cujas crianças tiveram admissões/hospitalizações não planejadas, estão sujeitos a níveis de stress mais elevados (Aldridge, 2005).

O diagnóstico de uma doença crônica do bebê vai originar uma desorganização de todo o sistema familiar (Jorge, 2004).

A hospitalização de um filho obriga os pais ao encontro das suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Mas cada família tem necessidades próprias, devendo a abordagem ser individualizada (Jorge, 2004).

Os pais referem ser importante visitar o serviço antes da cirurgia para facilitar o processo de adaptação e antecipar visualmente o que os espera (Haines e Child, 2005).

Os pais vivenciam fatores stress sobre a incerteza sobre o futuro e não saber o que esperar, o medo do desconhecido, e incapacidade para ajudar e cuidar da criança, sofrimento do filho, e perda do papel parental, sendo que a separação pais-bebê foi considerado o fator de maior stress (Silveira, 2002).

A hospitalização interrompe o processo natural de vinculação entre os pais e o bebê, o que pode causar grande stress e afetar a sua relação reciprocamente no futuro (Gouveia e Bani, 2009).

No desenvolvimento do papel parental, os pais apresentam a necessidade de estar junto da criança e "ser pais - de cuidar da criança, participar e estando envolvidos nos cuidados e nas decisões terapêuticas" (Jorge, 2004).

Um acolhimento eficaz promove a uma relação de confiança dos pais em relação à equipa de saúde e promove um sentimento de unicidade, que promove a colaboração. A impressão causada no primeiro impacto é fundamental (Jorge, 2004).

SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



5. INTERNAMENTO EM UCIPED

Experiências e necessidades dos pais



SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

5. Internamento em UCIPED

Experiências e necessidades dos pais



SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



6. TEORIA DAS TRANSIÇÕES AFAF MELEIS



SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

6. Teoria das transições Afaf Meleis

Transição consiste na passagem de uma fase da vida, condição ou estatuto, para outro. Refere-se ao processo e aos resultados da complexa interação entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está envolvida pelo contexto e pela situação (Meleis, 2010).

PODEM SER DE:

- Desenvolvimento → PARENTALIDADE (numa UC/PEQ)
- Situacionais } → ↑
- Saúde-doença }
- Organizacionais

SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



7. PARENTALIDADE



SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

7. Parentalidade

Consiste em "assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação do 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" [CIPE®2, (OE, 2011)].



Estabelecer indicadores e critérios que permitam fazer uma apreciação da experiência de transição para a parentalidade vivida por cada família

SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

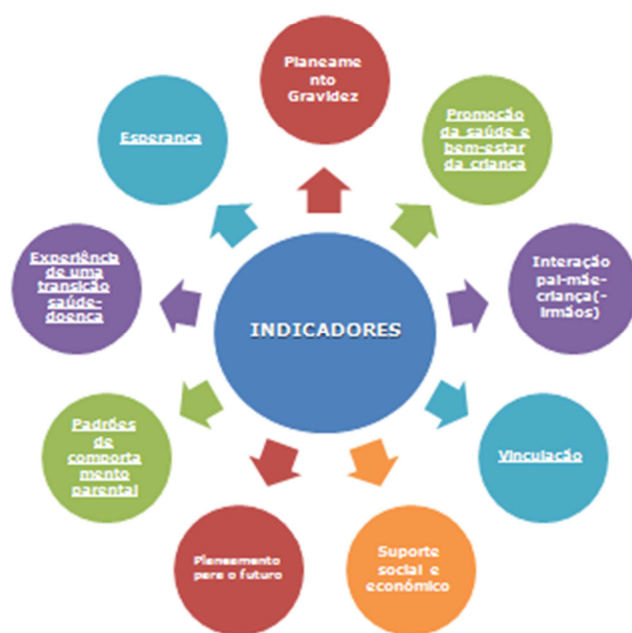


8. COMPORTAMENTOS INDICATIVOS DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA



SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

8. Indicadores da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida



SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



8. Comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida

Promoção da saúde e bem-estar da criança

Promover o envolvimento da família nos cuidados à criança:

- higiene
- sono e repouso
- alimentação
- segurança

Elaborar o planeamento dos ensinios a realizar aos pais sobre os cuidados à criança, atendendo na concretização dessas intervenções ao seu estado de saúde e ao estado emocional dos pais

Fazer os reforços necessários nos ensinios, proporcionando aos pais a oportunidade de cuidar o seu filho, somente com a ajuda necessária promovendo, sempre que possível, a aquisição da autonomia, com supervisão de enfermagem durante o internamento



SERVÍÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



8. Comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida

Vinculação

Avaliação da Presença de Comportamentos Indicativos de Vinculação Segura na mãe, pai e criança

Promover situações interativas agradáveis e satisfatórias para a criança e pais

Ajudar os pais a perceber, interpretar e atuar face aos sinais físicos, emocionais e relacionais da criança

Explicar aos pais qual o melhor momento para interagir com a criança e incentiva-los, proporcionando um ambiente calmo e tranquilo



SERVÍÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



8. Comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida

Padrões de comportamento parental

Transmitir aos pais a informação e conhecimento necessários ao desempenho do novo papel

Clarificar junto dos pais as suas funções

Promover o envolvimento nos cuidados, planeando com os pais a hora de prestação de cuidados, para que possam estar presentes (dentro das suas possibilidades) e Intervir (consoante o estado de saúde da criança) na troca da fralda, banho, posicionamento, etc

Incentivar a mãe e o pai a manter o toque positivo, contacto visual, o método de canguru e colo e promover no pai. Incentivando-os através dos benefícios que traz para a criança e utilizando técnicas de comunicação adequadas, para entender os seus receios e ajudá-los a ultrapassar os seus medos

Blogiar o envolvimento dos pais e a aprendizagem de habilidades



SERVICÓ DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



8. Comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida

Experiência de uma transição saúde-doença

Realizar a admissão da família ao serviço, dando a conhecer a filosofia do serviço e garantindo um início de relação positiva com a equipa multidisciplinar

Atribuir uma significação positiva à UCIPED, através do acolhimento e da desmistificação dos aparelhos

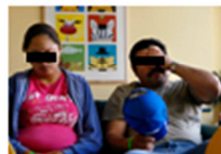
Promover a comunicação expressiva de sentimentos e apoio emocional

Mantém um canal de comunicação aberto, caracterizado por acessibilidade e honestidade na transmissão de informação, promovendo a confiança na equipa

Estabelecer uma relação em que os pais sintam que são importantes e que as suas opiniões são ouvidas

Desmistificação do sentimento de culpabilização sentido pelos pais

Promover o acesso ao apoio socioeconómico necessário, nomeadamente proporcionando contacto com pais em situações semelhantes (GAM)



SERVICÓ DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



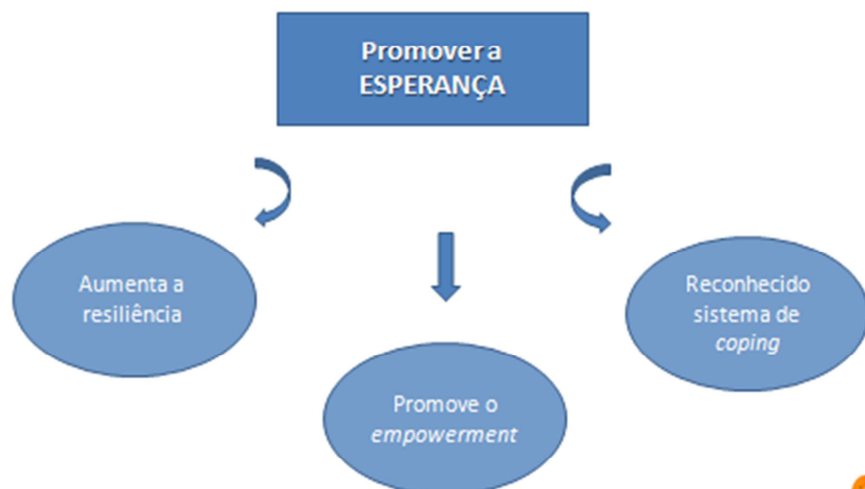
8. Comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida

ESPERANÇA "Emoção... Confiança nos outros e no futuro... Expressão de razões para viver... Paz interior, optimismo, associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia" [CIEPQZ, (de, 2011)].

- É um vivência subjetiva, integradora das crenças culturais e religiosas e da qual se toma consciência em situações de sofrimento
- Tem intencionalidade terapêutica, quando ajustada à realidade e trabalhada através da construção de uma relação de confiança
- É importante perceber o seu significado para a pessoa e família, nomeadamente nos processos de transição saúde-doença
- Componente cronológica importante, com percurso paralelo e interligado às fases da doença crónica no ciclo familiar, que conduzem à adaptação à nova condição – Transição Saudável



8. Comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida



8. Comportamentos indicativos da transição para a parentalidade no primeiro ano de vida

Esperança	Promover o estabelecimento de objetivos concretos, realistas e possíveis de atingir a curto prazo	
	Fornecer o suporte formativo necessário para cuidar dos filhos	
	Identificar a percepção sobre a rede de apoio espiritual, psicológico, familiar, económica e social, proporcionando o encaminhamento necessário	
	Identificar e promover os fatores de esperança (valorização dos aspetos positivos, registo das pequenas conquistas da criança e partilha de mensagens/histórias positivas)	
	Identificar fatores de ameaça à esperança	

SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA



9. ESTRATÉGIAS PARA UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTORA DE TRANSIÇÃO SAUDÁVEL PARA A PARENTALIDADE



9. Estratégias para uma Intervenção de Enfermagem Promotora de Transição Saudável para a Parentalidade

PROGRAMA DE ACOLHIMENTO - Guia de Acolhimento à Criança e Família	PARCERIA DE CUIDADOS/CCF	PROMOÇÃO DA VINCULAÇÃO PAIS-BEBÉ
REGISTOS DE ENFERMAGEM •Folha de Registo de (Re)Aquisição de Competências Parentais •Check-list de Vinculação Segura	ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA (?)	GRUPOS DE AJUDA MÚTUA (Associação Coragem)

SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



10. CONCLUSÃO



SERVIÇO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

10. Conclusão

"O sofrimento da família pode ser causado não só pela gravidade da doença do filho, mas também pela ansiedade, em relação ao envolvimento na prestação de cuidados e na capacidade de lidar com as emoções" Jorge (2004)



SERVICO DE
CARDIOLOGIA
PEDIATRICA



11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



SERVICO DE
CARDIOLOGIA
PEDIATRICA

11. Referências Bibliográficas

- Aldridge, Michael D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience. *Critical Care Nurse*, 25, 40-50.
- Haines, C. & Childs, H. (2005). Parental satisfaction with paediatric intensive care. *Paediatric Nursing*, 7 (17), 37-41.
- Hoehn, K. Sarah et al. (2004). Parental decision-making in congenital heart disease. *Cardiol Young*, 14, 309-314.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Lusodidacta, Loures.
- Kearvell, Hayley & Grant, Julian (2009). Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 (3), 75-82.
- Ordem Enfermeiros (2011). CIPE® Versão 2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa https://membros.ordem.enfermeiros.pt/downloads/documentos/CIPE2%20pt_protég.pdf Acedido em 2/07/2012
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, New York

SERVICO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA



MUITO OBRIGADA...

*Por me acompanharem neste percurso
e integrarem este projeto.*



SERVICO DE
CARDIOLOGIA
PEDIÁTRICA

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação

“Promoção da Parentalidade em Cuidados Intensivos Pediátricos”

Serviço de Cardiologia Pediátrica

1. Identificação do formando

Idade: _____

Sexo:

M	<input type="checkbox"/>
F	<input type="checkbox"/>

Grau académico: _____

Tempo de exercício profissional: _____

Tempo de exercício profissional em pediatria: _____

Tempo de exercício profissional em cuidados intensivos pediátricos: _____

Na sua avaliação utilize a seguinte escala

1	2	3	4
Insuficiente	Suficiente	Bom	Excelente

Obrigada pela sua colaboração

2. Conhecimentos iniciais sobre o tema

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Pertinência do tema

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Conteúdos da sessão

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Domínio da temática pelo formador

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Duração da sessão

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Metodologia utilizada

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Meios audiovisuais utilizados

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sugestões/Observações: (Aspetos considerados mais importantes e a desenvolver com maior profundidade ou a incluir em ações deste tipo; aspetos melhor conseguidos e aspetos a melhorar)

Data: ___ / ___ / _____

ANEXO I

Comportamentos de vinculação

Tipo de vinculação	Comportamentos do bebé/criança face ao dador de cuidados	Comportamentos do dador de cuidados
Vinculação segura	<ul style="list-style-type: none"> - reage positivamente à sua aproximação - procura a proximidade e mantém o contacto com ele - envolve-se em interações à distância - acalma-se na sua presença - sossega facilmente após encontro com ele - usa-o como uma base segura para a exploração - prefere a sua companhia à de um estranho 	<ul style="list-style-type: none"> - responde às necessidades da criança de modo caloroso, sensível e fiável - reage de forma contingente às manifestações da criança - está disponível física e emocionalmente - tem prazer na interação com o bebé
Vinculação insegura - evitante	<ul style="list-style-type: none"> - quase não reage à separação do dador de cuidados - não festeja o regresso do dador de cuidados após o encontro; ignora-o ou evita-o - não procura a proximidade ou manutenção do contacto com o dador de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - tende a ser indisponível, não responsivo ou rejeitante
Vinculação insegura - ambivalente	<ul style="list-style-type: none"> - fica perturbado ou inquieto, se é separado do dador de cuidados - difícil de acalmar após o encontro, pode ficar zangado - tem dificuldade em explorar o meio circundante 	<ul style="list-style-type: none"> - tende a responder às necessidades do bebé de modo inconsistente ou imprevisível
Vinculação insegura - desorganizada	<ul style="list-style-type: none"> - pára subitamente, durante segundos ou minutos, com olhar alheado ou assustado - afasta-se do dador de cuidados quando está perturbado ou ansioso - esconde-se após a separação - fica confuso e assustado após o encontro - evita fortemente e mostra grande ambivalência ou grande resistência face ao dador de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - em situações extremas é abusivo ou gravemente negligente - as respostas tendem a ser ameaçadoras, muito ansiosas ou dissociadas

Fonte: Public Health Agency of Canada, *First Connections...make all the difference*
www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mentalhealth/mhp/pub/fc/index.html

ANEXO II

Tipo de vinculação e modelos operativos internos do bebé

<i>Tipo de vinculação</i>	<i>Modelos operativos internos do bebé</i>
Segura	<ul style="list-style-type: none"> - Posso acreditar e confiar nos outros - Sou digno de ser amado, sou capaz e tenho valor - O meu mundo é seguro
Insegura - Evitante	<ul style="list-style-type: none"> - Os outros não estão disponíveis e rejeitam-me - Tenho de me proteger - Se ocultar as minhas necessidades, não serei rejeitado - Se fizer o que esperam de mim, não serei rejeitado - Se cuidar dos outros e negar as minhas necessidades, serei amado
Insegura - Ambivalente	<ul style="list-style-type: none"> - Os outros são imprevisíveis: ora amorosos e protectores, ora hostis e rejeitantes - Não sei o que esperar – fico ansioso e zangado - Não posso explorar – posso perder uma oportunidade de receber afecto - Se conseguir perceber os outros e levá-los a responder-me, terei as minhas necessidades satisfeitas
Insegura - Desorganizada	<ul style="list-style-type: none"> - A pessoa que trata de mim parece às vezes sentir-se sobrecarregada por minha causa e outras vezes muito zangada comigo - Os outros são abusivos – fisicamente, emocionalmente, sexualmente – ou negligentes - Não consigo que respondam às minhas necessidades - Não sei como me proteger

Fonte: Public Health Agency of Canada, *First Connections...make all the difference*
www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mentalhealth/mhp/pub/fc/index.html

ANEXO III

Teoria das Transições de Meleis

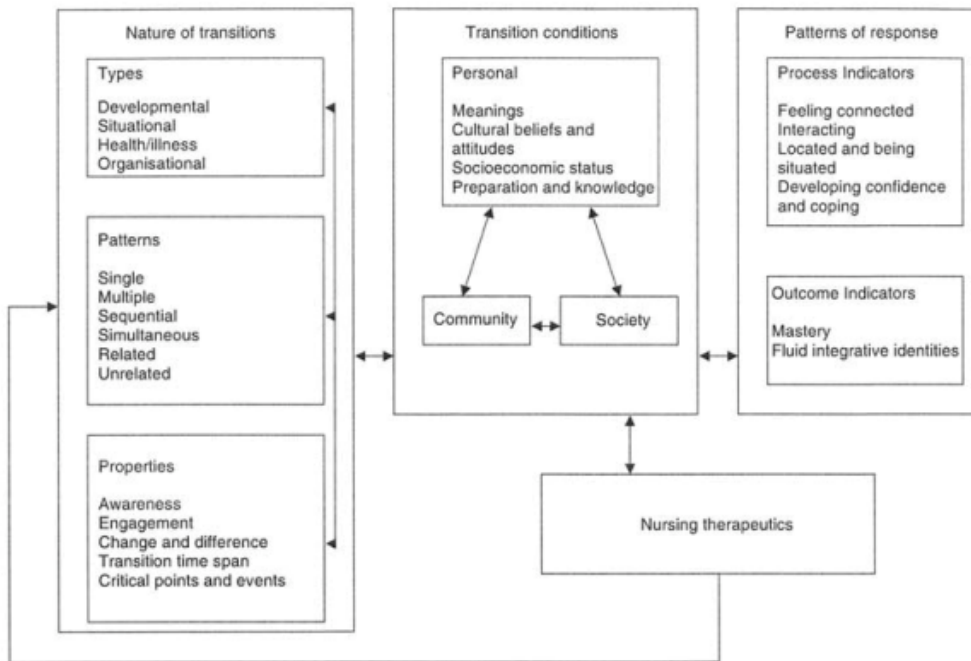


FIGURE 4.6.1 Model of nursing transitions (Meleis et al. 2000).

ANEXO IV

Certificado de presença na conferência “*Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença*”



“Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença”

Prof^a Doutora Zaida Charepe

Professora Assistente, ICS-UCP

25 Outubro 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA CIÊNCIAS DA SAÚDE

Certificamos que

esteve presente na Conferência da **Prof^a Doutora Zaida Charepe**, sobre o tema “**Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença**”, realizada no dia 25 de outubro de 2012.

Esta conferência inseriu-se no **Ciclo de Conferências “Saber mais sobre...”**, organizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de outubro de 2012

O Diretor

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas

ANEXO V

**Certificado de participação no curso profissional
*“Estabilização, Pré-transporte da Criança Gravemente
Doente”***

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Ana Isabel Sales Barão natural de Lisboa nascida em 01/06/1982, com o N.º de Cartão de Cidadão 12037707 1ZZ6 válido até 27/10/2015, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Estabilização, Pré-Transporte da Criança Gravemente Doente, em 15/11/2012, com a duração de 8 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas	Classificação 0..20
Introdução e objectivos do curso; implementação do TIP Pediátrico; como activar o transporte/TIP Pediátrico	1	-
Casos clínicos/cenários: respiratório, cardiovascular, neurológico e politraumatizado	5	-
Avaliação	2	-
Nota Final		16

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

O(A) Responsável pelo(a) Centro de Formação do Centro Hospitalar Lisboa Norte

Centro de Formação
A Directora

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora)

Isabel Correia de Freitas e Costa

Certificado n.º 587/2012 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010