

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

PROMOÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS NO ALEITAMENTO MATERNO EM PAIS DE RECÉM- -NASCIDOS PREMATUROS

Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

PROMOÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS NO ALEITAMENTO MATERNO EM PAIS DE RECÉM- -NASCIDOS PREMATUROS

Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho

Professora Maria Teresa Magão

2015



“A partir do momento em que uma mãe põe pela primeira vez ao peito o filho recém-nascido, sabe instintivamente que, para o bem-estar do bebê, as mensagens de amor que acompanham a amamentação são tão importantes como o próprio leite. E tem razão. Sem estas mensagens, o alimento não será suficiente para favorecer o crescimento emocional, ou até físico, da criança.”

Brazelton, 2013, p.328

Agradecimentos

Aos meus pais pela sua ajuda incondicional,
sem a qual não teria conseguido.

Ao meu marido e filho,
por toda a dedicação, carinho e paciência.

À minha irmã pela disponibilidade de sempre.

À professora Teresa Magão por me ajudar e apoiar sempre,
na realização deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AM – Aleitamento Materno

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EESCJ – Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

INE – Instituto Nacional de Estatística

IP – Internamento de Pediatria

NANN – National Association of Neonatal Nurses

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UP – Urgência Pediátrica

RESUMO

O presente relatório traduz o percurso efetuado ao longo do estágio no terceiro semestre do 5º curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Este visa refletir sobre o percurso realizado nos diferentes locais de estágio, ao nível da aquisição e desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem da saúde da criança e jovem.

Os temas transversais a este percurso são as competências parentais no aleitamento materno em pais de recém-nascidos prematuros. Os motivos que me levaram à escolha deste tema prendem-se com fatores pessoais e profissionais.

No enquadramento conceptual são abordadas temáticas como a parentalidade, o aleitamento materno, a prematuridade e são apresentadas a Teoria das Transições (Meleis) e a Teoria Tornar-se Mãe (Mercer).

A metodologia centrou-se na evidência científica, na experiência, na reflexão crítica e construtiva sobre a prática, com o intuito de uma tomada de decisão e de um saber que correspondesse às necessidades identificadas. Nos diferentes locais de estágio foram definidos objetivos e atividades em consonância com o tema do relatório. Todos eles foram analisados à luz das competências comuns dos enfermeiros especialistas e à luz das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

O percurso efetuado permitiu-me adquirir competências e compreender que a transição para a parentalidade na prematuridade e aleitamento materno se espelha num processo exigente e complexo, envolvendo no processo de tornar-se mãe e pai a aquisição de competências e a satisfação no novo papel. A promoção de competências parentais no aleitamento materno na prematuridade exigem por parte do enfermeiro uma abordagem humanista, personalizada e holística em parceria com os pais.

Descritores: Aleitamento materno, competências parentais, prematuridade, enfermagem.

ABSTRACT

The present report reflects the methods used through the internship in the third semester of the 5th Nursing Master degree course according the Pediatrics Nursing Specialization. This report reflects about the achievements and competencies developed in the different internship places as a specialist pediatric nurse.

The main subject is related to the parent's competencies during the breastfeeding in premature newborns. The reasons that lead me to choose this subject are due to personal and professional reasons.

Themes as parenthood, breastfeeding, prematurity, Transitions Theory (Meleis) and the Theory Becoming a Mother (Mercer) are developed through the report.

The method used was based on scientific evidence, on my own experience and reflection about the practice as a nurse, using them as a way to decide and take responsibility in care, corresponding to the identified needs. In the different places of the internship, goals and activities were developed according to the main subject of this report. All of those were reviewed following the specialist nurse's common and specific competencies of the Specialist Nurse in Pediatrics.

This project allowed me to comprehend that the transition to parenthood with premature newborns and the establishing breastfeeding, reflects as a demanding and complex process, including the acquisition of the new competencies according to the role of being a mother and father and obtaining satisfaction in the new role. The encouragement to acquire new competencies in the new role as a parent and breastfeeding in premature newborns depends of the holistic and personalized approach of the nurse.

Key words: Breastfeeding, parenthood competencies, premature newborns, nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	14
1.1. Parentalidade na prematuridade	14
1.1.1. A parentalidade	14
1.1.2. A prematuridade.....	16
1.1.3. O aleitamento materno e a prematuridade	19
1.1.4. Teorias de médio alcance de Meleis e Mercer	21
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO	27
2.1. Urgência Pediátrica	28
2.2. Internamento de Pediatria.....	34
2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	38
2.4. Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.....	41
2.5. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	45
3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO	50
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Cronograma de Estágio	
APÊNDICE II – Objetivos específicos e atividades para cada local de estágio	
APÊNDICE III – Planeamento de sessão de educação para a saúde	
APÊNDICE IV – Planeamento de sessão de formação em contexto de trabalho	
APÊNDICE V – Síntese reflexiva: Urgência Pediátrica	
APÊNDICE VI – Manual de Aleitamento Materno para pais	
APÊNDICE VII – Estudo de caso realizado no Internamento de Pediatria	
APÊNDICE VIII – Jornal de Aprendizagem: Cuidados Intensivos Neonatais	
APÊNDICE IX – Protocolo de enfermagem: Aleitamento materno em recém-nascidos prematuros	
APÊNDICE X – Guia para pais: “ <i>Ser pai e mãe de um bebé prematuro</i> ”	
APÊNDICE XI – Planeamento de sessão de formação sobre o aleitamento materno	
APÊNDICE XII – Avaliação do desenvolvimento infantil segundo a escala de avaliação do desenvolvimento <i>Mary Sheridan</i> modificada	

APÊNDICE XIII – *Poster*: Escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada

ÍNDICES DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria das Transições.....	24
Figura 2 - Teoria Tornar-se Mãe	25

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 5º curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este pretende a descrição e reflexão sobre o percurso efetuado ao longo do estágio com o objetivo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Pretende, igualmente, evidenciar a apropriação das experiências vividas e o modo como foram adquiridas e desenvolvidas as competências inerentes ao Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EESCJ). Le Boterf (2005) salienta que a competência mobiliza o conhecimento, a integração de comportamentos e atitudes, bem como a sua transposição na ação, requerendo o reconhecimento desta competência pelo próprio e pelos outros na ação.

De acordo com as necessidades de aprendizagem individuais sentidas, o trabalho doravante apresentado pretende dar a conhecer o percurso realizado ao longo dos diferentes locais de estágio desenvolvendo análise crítica das atividades assim como dos recursos utilizados. Tendo sido identificadas as principais competências adquiridas neste percurso apresenta-se uma reflexão do seu impacto na prática profissional.

Este relatório encontra-se subordinado ao tema competências parentais no aleitamento materno, tendo sido motivos de ordem pessoal e profissional que ditaram a sua escolha.

Com formação na área do aleitamento materno (Curso de Aconselhamento em Alimentação do Lactente e da Criança Pequena) e integrando o grupo de trabalho nesta área do meu local de exercício profissional (Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais), desejo desenvolver uma melhor prática profissional na área da promoção do aleitamento materno e das competências parentais em pais de recém-nascidos prematuros.

A parentalidade é descrita como uma das temáticas de maior relevância na sociedade contemporânea por ter implicações importantes, não só na saúde e bem-estar dos progenitores, como também ao nível do saudável desenvolvimento físico e emocional da criança (Brazelton & Cramer, 1989, Mercer, 2004). O sucesso da transição para a

maternidade decorre da capacidade de a mãe/família superar com sucesso os desafios do desconhecido, o desenvolvimento de competências face a nova situação, e o sentimento de conforto com o novo papel (Mercer, 2004). A prematuridade constitui um acontecimento difícil e marcante para o papel parental apresenta-se como um momento de crise (Cruz, 2005, Brazelton & Cramers, 1989, Barros, 2001^a). Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) nascem cada vez mais prematuros em Portugal. Segundo a mesma fonte, em Portugal, entre 2008 e 2013, houve 7.8% de nascimentos prematuros, em 2013, nasceram 6474 prematuros em Portugal (INE, 2013). Segundo Dias (2006), a imaturidade, a fragilidade do bebé e a dependência acentuada dos recursos técnicos e humanos para a sua sobrevivência, adicionadas à incerteza a respeito do futuro, podem exercer importante influência na vivência da maternidade.

A pertinência desta temática torna-se evidente quando analisado o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Nele é evidenciada a importância da capacitação e educação parental para o melhor desempenho da função parental e para o melhor crescimento e desenvolvimento dos filhos. O mesmo documento salienta ainda a grande importância dos profissionais de saúde promoverem o aleitamento materno (Direcção-Geral de Saúde, 2013^a). A protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno (AM) são uma prioridade no que diz respeito à Saúde Pública em toda a Europa (Direcção-Geral de Saúde, 2012).

Vários estudos têm sido realizados, a nível nacional e internacional, de forma a identificar as actividades/intervenções que promovam as competências de AM em pais de recém-nascidos prematuros. De acordo com a investigação, as intervenções que promovem o AM e desenvolvimento de competências parentais prendem-se com: intervenções de apoio a pais (emocional, cognitivo e comportamental) (Pinelli, Atkinson & Saigal, 2001, El-Nagar, Lawend & Mohammed, 2013), intervenções de estabelecimento do contacto precoce mãe/bebé (pele com pele) (Flacking, Ewald, & Wallin, 2011, El-Nagar, Lawend & Mohammed, 2013), promoção do desenvolvimento da interacção pais/prematuro (Rocha, Martinez & Jorge, 2002, Rodrigues, 2010), possibilitar o AM precoce (extração de leite materno com bomba, iniciar a sucção não nutritiva na mama) (Rocha, Martinez & Jorge, 2002, Pimenta, Moreira, Rocha, Gomes, Pinto, & Lucena, 2008) permitir o acesso à informação por parte dos pais (Pinelli, Atkinson & Saigal, 2001, El-Nagar, Lawend & Mohammed, 2013), incentivar a

prestação de cuidados ao recém-nascido prematuro (Rodrigues, 2010), utilização de musicoterapia no AM (Vianna, Barbosa, Carvalhaes, & Cunha, 2011).

O processo de tornar-se pai e mãe assinala a transição da conjugalidade para a parentalidade e constitui um foco de enfermagem (Meleis, 2012, Mercer, 2004). Segundo a Teoria de Mercer, tornar-se mãe é um processo complexo e evolutivo, vivido de forma individualizada, sendo o papel dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, de grande importância sobretudo na fase formal de consecução do papel (Meighan, 2004). A Teoria das Transições de Afaf Meleis, permite ao profissional de enfermagem uma melhor compreensão de todo este processo de transição. Devido a uma visão mais completa e aprofundada é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo estratégias de promoção e prevenção face à transição vivida pela pessoa (Meleis, 2012). A promoção da parentalidade articula-se com as competências do enfermeiro EESCJ, quer no assistir a criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde, no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2011^c).

Promover as competências parentais de aleitamento materno em recém-nascidos prematuros mobiliza as competências comuns do enfermeiro especialista. Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de domínios, considerados competências que se aplicam em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde primários, secundários e terciários. Envolve igualmente as dimensões de educação (clientes e pares), orientação, aconselhamento, liderança, investigação que permite avançar e melhorar os cuidados prestados em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011^a).

O presente relatório foi organizado segundo uma metodologia descritiva, exploratória e reflexiva, suportada por atividades como jornais de aprendizagem, estudos de caso, sessões de formação em contexto de trabalho com ênfase na análise reflexiva e prestação de cuidados de enfermagem documentados segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Defini como objetivos gerais e transversais a todo o meu percurso: 1. Desenvolver competências de apreciação, diagnóstico, intervenção e avaliação na promoção da amamentação, numa perspetiva de desenvolvimento da parentalidade; 2. Desenvolver com os pares um programa de desenvolvimento das competências parentais na amamentação, numa perspetiva de

parceria de cuidados; 3. Desenvolver outras competências de Enfermeiro EESCJ. Transversal a todo o percurso encontram-se as competências de enfermeiro EESCJ que pretendo desenvolver: E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade; E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais; E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

Para uma melhor compreensão de todo o percurso efetuado e do desenvolvimento de competências do enfermeiro EESCJ este trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro – **Enquadramento Conceptual** – é colocado em evidência as temáticas pertinentes para o desenvolvimento do estágio e do projeto proposto; no segundo – **Descrição e Análise das Atividades de Estágio** – descreve as atividades e intervenções de enfermagem planeadas e desenvolvidas em estágio tendo por base a Teoria das Transições de Meleis e a Teoria Tornar-se Mãe; no terceiro – **Competências Adquiridas ao Longo do Estágio** – demonstro as competências comuns e específicas do enfermeiro EESCJ; no quarto – **Considerações finais** – estão patentes as conclusões finais de todo o trabalho, as dificuldades e limitações sentidas, são incluídas também as implicações para o futuro enquanto enfermeira EESCJ.

Posteriormente encontram-se as referências bibliográficas consultadas no decorrer do estágio e que dão sustentação ao trabalho desenvolvido. Por último, os apêndices com os documentos utilizados na concretização das diferentes atividades desenvolvidas.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este primeiro capítulo pretende demonstrar a pertinência do tema escolhido enquanto foco de atenção para a prática do enfermeiro EESCJ através de fundamentação teórica serão abordados os conceitos Parentalidade, Prematuridade, Aleitamento Materno e ainda a Teoria das Transições (Meleis) e Tornar-se Mãe (Mercer).

1.1. Parentalidade na prematuridade

1.1.1. A parentalidade

Apresenta-se a clarificação do conceito parentalidade com o apoio de diversos autores atuais assim como a sua contextualização histórica permitindo uma mais ampla compreensão e posterior intervenção de enfermeiro EESCJ.

Para refletir sobre o conceito de parentalidade é necessário enquadrá-lo a nível histórico, antropológico e social. Tornar-se mãe ou pai acontece dentro da dinâmica da sociedade, num contexto historicamente construído, onde a influência de padrões culturais, representações sociais, crenças e valores se afiguram determinantes para a sua conceção (Martins, 2013). O termo parentalidade tem origem no neologismo *parentalidade* (do latim *parentâle*). Em 1961, Racamier propôs um significado mais dinâmico ao termo maternidade, definindo-a como o conjunto dos processos psíquicos e afetivos que se desenvolvem e se integram na mulher por ocasião da maternidade (Houzel, 2004). Acrescentou a este conceito dois outros neologismos, *paternidade* e *parentalidade*, sem, no entanto, os conceptualizar. Só na segunda metade do século XX, as questões centrais da transição para a parentalidade se tornaram objeto de estudo da Psicologia, Ciências da Saúde e Sociologia (Cowan & Cowan, 1995).

Uma análise da literatura sobre a parentalidade revela a amplitude de temas no âmbito do seu estudo. Para Alarcão (2000) a parentalidade pressupõe o desempenho de funções executivas de proteção, educação, integração na cultura familiar relativamente às gerações mais novas. Para Relvas (2004) parentalidade transcende a simples interação do tipo causal (questões executivas e de educação), assumindo uma complementaridade de papéis onde se revelam a transmissão intergeracional de regras, modelos comunicacionais e utilização de mitos, crenças e rituais familiares.

Segundo o mesmo autor, a parentalidade dá conta da interdependência entre a estrutura, função e evolução da família, elas próprias em interação constante com as suas finalidades e com o meio.

Para Houzel (2004) o conceito de parentalidade envolve três eixos em torno dos quais se articula um conjunto de funções adquiridas pelos pais: 1. Exercício da parentalidade (define o domínio que transcende o indivíduo, a sua subjetividade e os seus comportamentos, direitos e deveres); 2. Experiência da parentalidade (experiência subjetiva consciente e inconsciente de vir a ser pai e de preencher os papéis parentais); 3. Prática da parentalidade (tarefas quotidianas que os pais devem executar junto ao filho).

Bayle (2005) por sua vez aborda a parentalidade como um processo maturativo que leva à reestruturação psicoafectiva e permite que dois adultos se tornem pais, respondendo às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do filho. Para Canavarro (2001) a parentalidade, não nasce somente com o parto ou com a fecundação, pode iniciar-se mesmo antes da concepção da criança. De acordo com este autor a gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto.

Para Canavarro e Pedrosa (2005) existem tarefas de desenvolvimento características da transição para a parentalidade:

- Reavaliar e reestruturar a relação com os pais. Na transição para a parentalidade verifica-se a (re)aproximação da mulher e do homem à sua família de origem;
- Reavaliar e reestruturar a sua relação com o cônjuge/companheiro. A transição para a parentalidade representa um período de risco e oportunidades a nível do relacionamento de casal;
- Construir a relação com a criança enquanto pessoa separada. A construção desta relação implica integrar e equilibrar dimensões como apoiar e favorecer a autonomia, estar junto e separado, dar continuidade e favorecer a diferença;
- Reavaliar e reestruturar a própria identidade (papeis, valores, objetos pessoais e prioridades). A parentalidade não implica só a construção da identidade parental mas pressupõe igualmente a reorganização da identidade pessoal dos progenitores, com reestruturação do investimento que depõem em outros papéis.

Cruz (2005, 2013) inspirando-se em Bonsteisn, Palacios & Rodrigo e Parkel e Buriel, sintetizou cinco funções parentais: 1. Satisfação das necessidades mais básicas de sobrevivência e saúde; 2. Disponibilizar à criança um mundo físico organizado e

previsível; 3. Respostas às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares; 4. Satisfazer as necessidades de afeto, confiança e segurança; 5. Satisfação das necessidades de interação social da criança. Para Cruz (2005, 2013), os três componentes da parentalidade são os comportamentos, as cognições e os afetos. Estas três dimensões estão intrinsecamente ligadas numa complexa rede de interligações, influenciando os pais os seus filhos e sendo influenciados por estes.

Janisse, Barnett, & Nies (2009) corroboram com a opinião de Cruz salientando que a parentalidade constitui um dos mais exigentes e desafiadores papéis sociais que os indivíduos encontram nas suas vidas visto que apela a um conjunto de respostas (comportamentais, cognitivas e emocionais) que habitualmente não integram o seu repertório cognitivo, exigindo a implementação de esforços adaptativos de maior ou menor grau de dificuldade e novos padrões de vida. Assim, na promoção da parentalidade procura-se promover os processos de adaptação, satisfação das necessidades parentais e a maximização da sua independência na realização das atividades inerentes às competências parentais e tomada de decisão. Nesta promoção obtém-se a adaptação funcional aos défices de conhecimentos e capacidades, bem como a adaptação a múltiplos fatores intervenientes no processo de transição para a parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Sintetizando, a parentalidade transcende o momento do parto iniciando-se com a conceção e engloba a função parental nas componentes culturais, psicológicas, físicas e emocionais. Engloba uma transição e adaptação a um novo papel (mãe e pai) e satisfação no seu exercício. No tema deste relatório este conhecimento teórico encontra uma enorme relevância visto ser necessária a compreensão da vivência da parentalidade para promover as competências parentais inerentes ao exercício do papel e promoção do desenvolvimento infantil.

1.1.2. A prematuridade

A compreensão do conceito prematuridade passa pela compreensão da sua definição e pela identificação das características/competências destes recém-nascidos e do que acarreta para os pais o seu nascimento. A importância do cuidado de Enfermagem no desenvolvimento das competências destes pais é outro aspeto a ser desenvolvido seguidamente.

Segundo a definição de prematuridade, o nascimento de um recém-nascido prematuro verifica-se antes das 37 semanas de gestação. Este nascimento constitui um acontecimento difícil, abrupto e inesperado que gera uma crise cognitiva, física e emocional e acarreta medo, culpa, incerteza, solidão, aflição, frustração das fantasias parentais, perda de confiança no seu filho e no seu papel de pais (Cruz, 2005, Souza, Araújo, Costa, Carvalho & Silva, 2009).

Para Brazelton & Cramer (1989), no parto prematuro os pais sentem-se incompletos e perdidos, encarando um choque ao qual não sabem reagir. Além do impacto de serem pais antes do previsto, existe ainda o facto de o bebé real não corresponder ao que foi sonhado. O nascimento de um prematuro desencadeia uma crise para os pais, caracterizada por uma reação emocional intensa, perturbações (emocionais, comportamentais, cognitivas), labilidade, dificuldade em assumir o papel parental (Barros, 2001^a, Barros, 2001^b).

De acordo com Jorge (2004) os pais destes recém-nascidos demonstram necessidades a nível cognitivo, emocional, comportamental e nas relações conjugais. A nível cognitivo apresentam dificuldades no que toca aos conhecimentos e procedimentos, a nível emocional sentem-se incapazes de expressar a sua dor, a nível comportamental sacrificam o seu tempo pessoal para estar mais tempo com a criança.

As características do recém-nascido prematuro condicionam o comportamento e as reações dos pais. Este recém-nascido possui competências comunicacionais e interativas menos adequadas, tem mais dificuldade em fixar o olhar (que compromete o contacto visual), emite menos sons incentivadores da interação e apresenta uma resposta social diminuída. O padrão de choro é diferente o que provoca no cuidador um estado de alerta emocional negativo. De realçar que os prematuros são sensíveis à estimulação, mas têm reservas limitadas de energia, por isso têm dificuldade em manter a atenção, adormecendo ou chorando. Estes comportamentos levam os pais a sentirem-se menos confiantes nas suas habilidades para prestar cuidados (Barros, 2001^a).

O desenvolvimento das competências dos pais dos recém-nascidos prematuros é um dos objetivos da ação dos enfermeiros da neonatologia, para que no momento da alta para o domicílio estes pais se sintam autónomos e responsáveis do cuidado ao seu filho (Rodrigues, 2010).

De acordo com Alarcão (2001) a competência é compreendida com um conjunto de conhecimentos, comportamentos, intensões, motivos e atitudes que se manifestam em níveis de desempenho adequados a uma situação. Corroborando com esta mesma opinião Alessandrini (2002) refere que a competência resulta do diálogo entre as habilidades e as aptidões que são acionadas em determinada situação de modo a agir em conformidade. Por outro lado, Macedo (2002) menciona que ser competente engloba três vertentes, a tomada de decisão, a gestão e mobilização de recursos (afetivos e cognitivos) e implica um saber agir com construção e coordenação de pensamento. Assim, ter competência implica ser capaz de julgar uma situação e agir adequadamente, corrigindo ou aperfeiçoando determinados aspetos de acordo com o contexto.

Segundo Miles, Carlson & Funk (1996), no âmbito da humanização dos cuidados, o papel do enfermeiro neonatal é ajudar as famílias através de intervenções de apoio específicas para reduzir o *stress* dos pais, tendo em vista o facilitar a sua adaptação e o relacionamento com o prematuro (Cunha, 2000).

A equipa de enfermagem tem um papel fundamental, no promover e facilitar a relação entre pais e o recém-nascido prematuro, tendo em conta as suas necessidades. O incentivo na prestação de cuidados aos recém-nascidos prematuros e promoção de competências parentais constituem um aspeto importante da ação do enfermeiro, pois é deste modo que os pais e recém-nascidos se conhecem melhor e consolidam a sua relação, ao mesmo tempo que os pais vão desenvolvendo gradualmente a sua autonomia e confiança nos cuidados que prestam (Rodrigues, 2010).

A National Association of Neonatal Nurses (NANN) (2014) defende que o respeito e apoio ao recém-nascido prematuro é importante. Defende ainda que cada recém-nascido, nestas unidades, deva ser tratado como um indivíduo, com dignidade, respeitando as suas necessidades sociais, de desenvolvimento e emocionais. Estes cuidados, centrados na família, devem ser em parceria (profissionais de saúde – pais) com o objetivo de fornecer apoio e orientação aos pais na participação ativa nos cuidados ao seu filho em vista ao melhor interesse do bebé. Deve ser possibilitados aos pais a envolverem-se no planeamento e desenvolvimento de serviços para garantir melhorias nos cuidados futuros, através do relato de suas experiências e através da criação de redes de apoio a pais que se encontrem a passar a mesma situação.

1.1.3. O aleitamento materno e a prematuridade

Inicia-se este capítulo com a clarificação do termo aleitamento materno seguida da evidência da sua importância e benefícios desta prática. A compreensão do AM enquanto prática passa também pelo entendimento da sua ligação à parentalidade. Serão apresentadas as intervenções de enfermagem de promoção e apoio em particular as relativas aos recém-nascidos prematuros.

Amamentação segundo a linguagem CIPE é definida como tipo de ligação mãe-filho com as características específicas, estabelecimento de uma ligação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite do peito, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006). Pode considerar-se que a amamentação diz respeito ao aleitamento materno. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o AM é a administração de leite materno por copo, biberão ou sonda (Pereira, 2006).

Na análise dos benefícios do AM, com base em evidência científica, podem salientar-se vantagens relacionadas com a diminuição das taxas de morbilidade infantil, com o desenvolvimento físico e intelectual da criança, vantagens biológicas (nutricionais, imunológicas, anti-infecciosas e relacionadas com as doenças crónicas na vida adulta), com a saúde materna, vantagens psicológicas (favorecem o sentimento de bem estar, reduzem o *stress*, ajudam a estabelecer laços sociais e a relação mãe-bebé) paralelamente com benefícios económicos (a alimentação artificial é mais dispendiosa). O AM permite o contato estreito entre mãe e filho, reforçando o processo de interação e respostas mútuas que se verificam durante a amamentação (Levy & Bértolo, 2012). Segundo Cruz (2005), ao amamentar a mãe sintetiza duas funções parentais, assegura a satisfação das necessidades mais básicas de sobrevivência e saúde da criança, assim como satisfaz as necessidades de afeto, confiança e segurança.

Ao desenvolver estas funções, os pais atribuem significados e experimentam sentimentos e emoções que importa apoiar enquanto se ensinam comportamentos que promovem a sua parentalidade e a amamentação.

Hothersall (2006) refere que, segundo Erikson, ao responder prontamente à sinalização da necessidade de mamar a criança estabelece uma relação de confiança e segurança com a mãe e posteriormente em relação ao mundo através da mãe. Se

a relação é de segurança, a criança recebe amor e as suas necessidades são satisfeitas, a criança vai ter melhor capacidade de adaptação às situações futuras, às pessoas e aos papéis socialmente requeridos, ganhando assim confiança. Segundo Freud a primeira fase do desenvolvimento é a fase oral, que se estende desde o nascimento até aproximadamente um ano de vida. Nessa fase a criança vivencia prazer e dor através da satisfação de pulsões orais. A criança ao sugar, mastigar, comer, morder, cuspir tem uma sensação de prazer, além de servir à alimentação. O principal processo na fase oral é a criação da ligação entre mãe e filho.

A promoção do AM é uma prioridade de saúde pública, pelos reconhecidos efeitos benéficos a nível individual mas também a nível social e económico (Direção-Geral da Saúde, 2012). A Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés (IHAB), em 1992 teve como objetivo promover, proteger e apoiar o AM, através da aplicação dos dez passos para o sucesso do AM (Levy & Bértolo, 2008). Posteriormente surgiu a Iniciativa Comunidade Amiga dos Bebés (ICAB) com o objetivo de alargar o compromisso de promoção do AM além dos serviços hospitalares, através da aplicação de sete passos. A análise aos fatores determinantes do sucesso do AM é um processo atravessado por influências individuais, familiares e sociais que procura englobar as duas perspetivas de sucesso e parte da esfera individual/familiar para as esferas política, económica, social e cultural, numa relação de interdependência mútua. O sucesso do AM combina as opções da mulher e a capacidade para as pôr em prática, que por sua vez são afetadas por fatores sociais, físicos, logísticos que são imediatos à experiência da mãe. Estas experiências são influenciadas pela experiência prévia, as atitudes, a cultura e as políticas, que podem ou não ser percebidas como afetando as escolhas (União Europeia, 2004).

Em termos educacionais e de sensibilização, a intervenção de enfermagem na promoção do aleitamento materno, deve iniciar-se o mais precocemente possível, sendo a família um contexto de eleição. Os profissionais de saúde assumem um papel normalizador e regulador nas práticas de aleitamento materno. O enfoque das intervenções são os benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos. Os profissionais de saúde encontram-se numa posição privilegiada para proporcionar apoio emocional, na autoestima, instrumental, informativo e social às mães que amamentam (Graça, 2010).

Jones (2008) e Renfrew, Craig, Dyson, McCormick, Rice, King ...Williams (2009) evidenciam os princípios a ter em conta no estabelecimento do aleitamento materno

em bebês prematuros ou doentes, no qual salientam a importância de informar as famílias para os benefícios do aleitamento materno em prematuros o mais precocemente possível, a importância de todos os profissionais de saúde terem formação e capacidades práticas no aleitamento materno e a importância da estimulação da lactação num período precoce do pós-parto assim como a sua manutenção posterior.

The Baby Friendly Initiative, sob a orientação da UNICEF UK, propõe quatro passos fundamentais no aleitamento materno de prematuros: 1. Ao Nascimento (as primeiras horas e a importância do contacto pele-a-pele), 2. Na Unidade (a produção e extração de leite e o suporte ao bebê), 3. Na estadia longa na unidade (lidar com uma estadia longa e ajudar o bebê a crescer), 4. Ir para casa (preparação da ida para casa como uma família e o suporte esperado) (UNICEF UK, 2010). Também a Academy of Breastfeeding Medicine (2011) propõe os princípios de cuidar no aleitamento materno de prematuros: 1. Estabelecer uma boa comunicação (pais/equipa), 2. Realizar uma avaliação do prematuro (especial atenção aos sinais de instabilidade fisiológica), 3. Prestar apoio na lactação, 4. Evitar ou minimizar a separação mãe/bebê, 5. Prevenir problemas do aleitamento materno (hipotermia, hiperbilirrubinémia, desidratação, perda peso), Realizar educação parental (aleitamento materno em prematuros), 7. Preparação para a alta.

Em resumo, salienta-se a importância dada ao aleitamento materno como uma prioridade de saúde pública e aos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros como seus promotores o mais precocemente possível. No caso de recém-nascidos prematuros esta prática toma ainda mais relevância devido aos seus enormes benefícios. A promoção nesta área de intervenção inclui as ações de educação que devem basear-se em modelos de educação de adultos. É de extrema importância, para a temática desenvolvida neste trabalho académico, a sua compreensão global para uma intervenção mais bem-sucedida, personalizada e humana.

1.1.4. Teorias de médio alcance de Meleis e Mercer

Estas duas teorias de médio alcance de Enfermagem complementam-se na compreensão da vivência da transição que a parentalidade e o AM envolve. Tornar-

se mãe e pai é uma transição e processo que importa compreender no contexto da temática deste relatório.

Teoria das Transições de Meleis

A teoria de médio alcance de Meleis é fundamentada nos processos transicionais a que o ser humano está sujeito durante todo o seu ciclo vital. Esta teoria descreve a natureza (tipo, padrões e propriedades) das transições, as condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição e que orientam as terapêuticas de enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000). Este modelo encontra-se esquematizado na figura 1.

Assim, Meleis (2012, 2010) define transição como uma passagem de um estado estável para outro estado estável, um processo caracterizado por uma mudança. O conceito de transição pode ser definido como a ocorrência de eventos marcantes, ao longo da vida do indivíduo, no qual, produz desequilíbrio entre dois períodos e tempo estáveis. Contudo, uma característica importante da transição é que esta é, essencialmente, positiva. O culminar da transição implica que a pessoa tenha atingido um período de estabilidade em relação ao estado anterior, alcançando uma maior maturidade Meleis.

Foram definidos quatro tipos de transição centrais (figura 1), vividas individualmente pelas pessoas ou pelas famílias, e são: de desenvolvimento; saúde/doença, situacional e organizacional. Quanto às transições de desenvolvimento, a parentalidade tem sido a que recebe maior atenção por parte da Enfermagem (Meleis, 2010). As pessoas vivem mais de que uma transição simultaneamente, os padrões de transição incluem transições simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas relacionadas ou não relacionadas (figura 1). As transições são complexas e multidimensionais, apresentam propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000).

Cada transição caracteriza-se por ser única, pelas suas complexidades e múltiplas dimensões. Tendo em conta isto, os enfermeiros devem concentrar-se não apenas num tipo específico de transição, mas sim nos padrões de todas as transições significativas na vida individual ou familiar. As condições que facilitam ou dificultam as

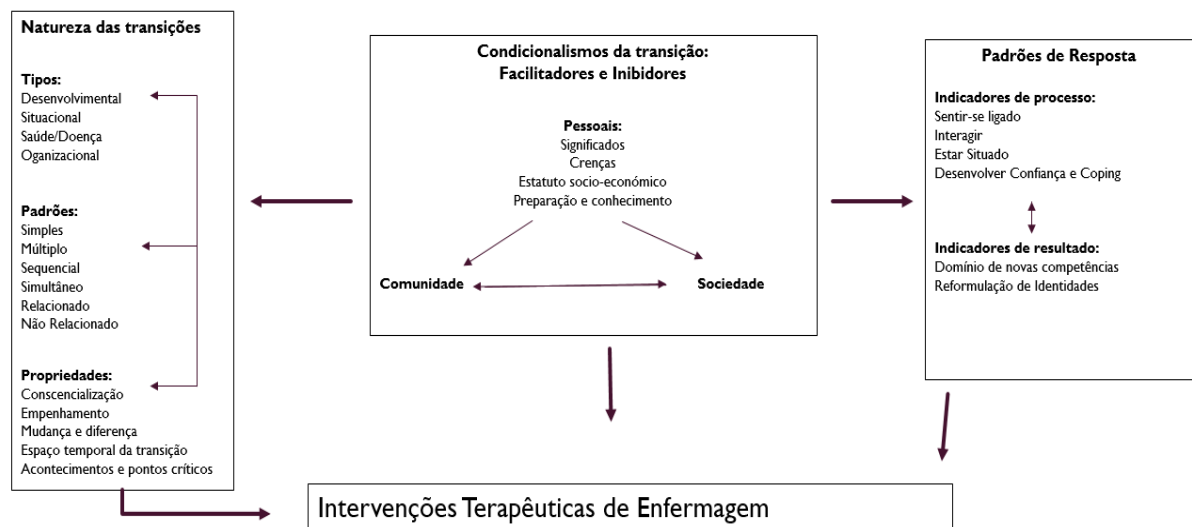
transições e que podem influenciar as consequências da transição e a própria qualidade da experiência são: pessoais (significados, crenças e atitudes, status socioeconómico e preparação e conhecimento), da comunidade e da sociedade (suporte familiar, informação, modelos) (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000).

Na Teoria das Transições relativamente ao domínio dos padrões de resposta, estes podem ser, indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo englobam: sentir-se e estar ligado, interação, localizar-se e estar situado e desenvolver confiança e *coping*. De salientar que, a necessidade de se sentir e estar ligado sobressai nas explicações das diferentes transições. O sentir-se ligado, nomeadamente aos profissionais de saúde, aos quais se podem fazer questões e esclarecer dúvidas são outro indicador importante de uma experiência positiva. De igual forma, a interação entre os diversos elementos envolvidos no processo de transição, permitem um contexto harmonioso e de verdadeira colaboração, auxílio e ajuda, tornando-se, indicador de uma transição saudável. Os padrões de resposta, através dos indicadores de resultado, manifestam-se pela mestria e pela integração fluida da identidade (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000). Assim, como indicadores de transições bem-sucedidas podem identificar-se o bem-estar subjetivo, mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações (Schumacher & Meleis, 1994). Contudo, considerando o interesse da enfermagem na saúde, poder-se-á acrescentar indicadores adicionais, tais como: adaptação; capacidade funcional; auto atualização; qualidade de vida e transformação pessoal (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000).

Transição de papéis implica, assim, mudança de papéis, quer a nível dos relacionamentos, expectativas ou capacidades a desenvolver. Esta mudança de papel requer que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere o seu comportamento e altere a sua definição de si próprio e do seu contexto social (Meleis, 2010).

Os enfermeiros ocupam um lugar na apreciação das necessidades psicológicas e sociais das pessoas durante períodos em que ocorrem transições de papéis e para providenciar as intervenções necessárias para os ajudar neste processo de mudança. Os enfermeiros ao exercerem um cuidado transicional humano estão a valorizar a pessoa, pois os cuidados prestados estão sempre relacionados, de alguma forma, com cada estágio de desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade, o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis 2012).

Figura 1 - Teoria das Transições



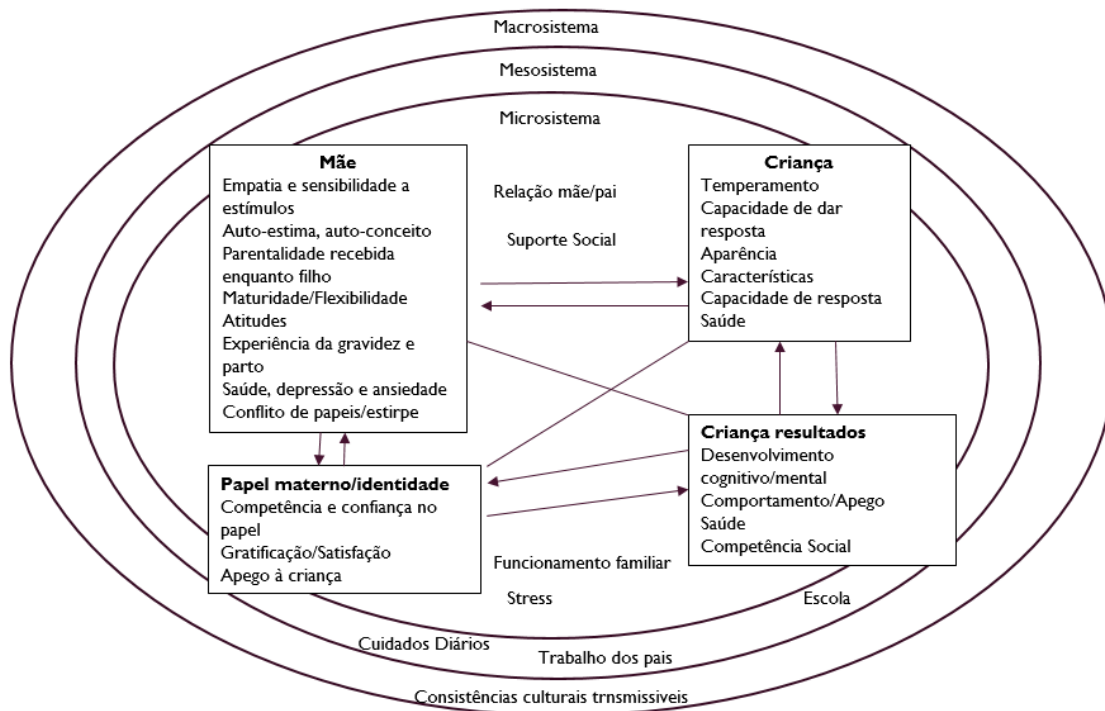
Fonte: Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000, Meleis, 2010

Tornar-se Mãe: Teoria de Mercer

Mercer apresentou a teoria de médio alcance Tornar-se mãe (inicialmente designada Consecução do Papel Materno), baseada numa ampla investigação sobre as diversas áreas da mulher e da criança. Tornar-se Mãe, segundo Ramona Mercer, é o processo de interação e desenvolvimento que ocorre ao longo do período de tempo em que a mãe e o filho se ligam e esta adquire as competências de cuidar, que o novo papel envolve, e exprime prazer e satisfação com o mesmo (Mercer, 1995, Meighan, 2004, Mercer, & Walker, 2006, McEwen & Wills, 2009).

Esta teoria de médio alcance assenta na (inter)ligação dinâmica entre o microsistema, mesossistema e macrosistema como apresentado na figura 2. O ambiente imediato em que ocorre a consecução do papel é o microsistema que inclui a família, e fatores como o funcionamento da família, as relações mãe-pai/companheiro, o apoio social e o *stress*. As variáveis contidas no microsistema interagem entre si na forma como afetam o papel materno. A criança faz parte do sistema familiar, entendido como um sistema semifechado que mantém as fronteiras e o controlo sobre a troca e o sistema familiar e os outros sistemas sociais (Meighan, 2004).

Figura 2 - Teoria Tornar-se Mãe



Fonte: Alligood & Tomey, 2010

O tornar-se mãe é influenciado por variáveis maternas (idade, estatuto socioeconómico, percepção da experiência do nascimento, separação precoce mãe-filho, autoestima e autoconceito, flexibilidade e ajustamento de papéis, estado de saúde ansiedade e experiências de *stress*, depressão, traços da personalidade, tensão do papel, satisfação com a interação e com o desempenho de tarefas, vinculação mãe-filho, atitudes educativas), variáveis relacionadas com a criança (temperamento, estado de saúde, características da criança), variáveis familiares (considerando os subsistemas conjugal, parental e filial, bem como o desempenho dos respetivos papéis) e variáveis relacionadas com o apoio social (qualidade, extensão e satisfação com a rede de apoio social considerando o apoio emocional, informativo, físico e de apreciação) (Mercer & Ferketich, 1990, 2004, Meighan, 2004, Nyström & Öhrling, 2004).

Este é um processo evolutivo que se desenvolve em quatro fases: Antecipatória (inicia-se com a gravidez e inclui os ajustamentos sociais e psicológicos decorrentes desta), Formal (inicia-se com o nascimento e inclui a aprendizagem e desempenho do papel de mãe/pai), Informal (inicia-se quando a mulher/homem desenvolve formas particulares de lidar com o novo papel, usando juízo crítico sobre os melhores cuidados à criança) e Identidade Pessoal ou Materna (esta ocorre quando é

interiorizado o papel de mãe/pai através do sentido de harmonia, confiança, satisfação, competência e vinculação). Mercer evidencia que a construção da personalidade da mãe necessita de apropriar-se de uma identidade pressuposta e na medida que vai dominando esse papel adquire possibilidades de imprimir um carácter próprio, superando a simples reposição da identidade. Todo este processo evolutivo é realizado em determinados espaços temporais cronológicos diferentes, dependem de cada pessoa, e encontram-se sintetizados em: o compromisso, a ligação e a preparação (durante a gravidez), o conhecimento da criança, aprendizagem e restabelecimento físico (2 a 6 semanas pós-parto), o mover-se em direção a (dos 2 aos 4 meses), a identidade materna (cerca dos 4 meses) (Mercer, 2004, Nyström & Öhrling, 2004).

A trajetória masculina rumo à parentalidade difere da materna por não contar com as mudanças corporais e do desenvolvimento do bebé no seu próprio corpo. A formação do vínculo entre o pai e a criança, de um modo geral, dá-se mais lentamente, consolidando-se gradualmente após o nascimento e no decorrer do desenvolvimento da criança (Mercer, 2004, Piccinini, Silva, Gonçalves & Lopes, 2004).

Estes dois quadros teóricos (Meleis e Mercer) favorecem, uma melhor compreensão da parentalidade como transição e processo sensível aos cuidados de enfermagem. Na temática da promoção das competências parentais na prematuridade, transversal a todo este relatório, estes são referenciais do enfermeiro para uma prática mais personalizada, humanizada e holística.

Os profissionais de saúde, enquanto recursos próximos e presentes ao longo do tempo, conhecedores dos contextos e com competências na área, poderão facilitar o processo de transição. O crescimento e desenvolvimento de mães e filhos ocorrem em ambientes que dão suporte físico, emocional, informativo e de apreciação. O contexto próximo na transição para a parentalidade é a família e a rede de proximidade, podendo outros recursos, nomeadamente os serviços de saúde, proporcionar o apoio adicional (Graça, 2010). Promover o processo de tornar-se mãe implica considerar a experiência de aleitamento materno determinante, com impacto a nível individual, familiar e coletivo e a fase antecipatória e formal de consecução do papel fulcrais para a intervenção de saúde (Alves, 2011).

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Neste capítulo identificarei o plano de trabalho e metodologia utilizada. Num segundo momento identifico o caminho percorrido para a concretização dos objetivos específicos para cada local de estágio ou transversais a todos os contextos de estágio com as respectivas atividades realizadas ao longo de todo o percurso.

Este relatório fundamenta-se uma metodologia descritiva, exploratória e reflexiva, sustentada pela investigação.

O estágio decorreu em locais de assistência à criança e família tanto a nível hospitalar como a nível da comunidade, tal como o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2011^b), nomeadamente num serviço de Urgência Pediátrica (UP), Internamento de Pediatria (IP), Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de acordo com o cronograma apresentado em apêndice (Apêndice I).

Tal como referido anteriormente, foram desenvolvidos e definidos como objetivos gerais, transversais a todo o estágio:

- 1) Desenvolver competências de apreciação, diagnóstico, intervenção e avaliação na promoção da amamentação, numa perspetiva de desenvolvimento da parentalidade;
- 2) Desenvolver com os pares um programa de desenvolvimento das competências parentais na amamentação, numa perspetiva de parceria de cuidados;
- 3) Desenvolver outras competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Foram traçados objetivos específicos e as respectivas atividades tendo em conta os diferentes locais de estágio apresentados em apêndice (Apêndice II).

As atividades que foram transversais a todos os contextos foram: a realização de reuniões com as enfermeiras chefes/coordenadoras dos respetivos contextos de estágio no sentido de apresentar os objetivos específicos para cada local/atividades propostas, analisar e discutir o percurso formativo a ser realizado no contexto (identificando a pertinência das atividades); a realização de consulta de documentação pertinente; a participação na prestação de cuidados de enfermagem relacionados com o foco Papel Parental e Amamentação, sua documentação (CIPE)

e análise; a realização de uma síntese reflexiva relativa ao percurso formativo efetuado, de entre as quais inclui neste trabalho, a título de exemplo, a realizada em contexto de Urgência Pediátrica.

2.1. Urgência Pediátrica

O estágio teve início numa Urgência Pediátrica (UP) de um Hospital Amigo dos Bebés, tendo todo o serviço de Pediatria o compromisso da promoção de aleitamento materno e das competências parentais. Este fator foi pertinente e preponderante na escolha deste local para estágio, para desenvolver as competências essenciais para o meu percurso enquanto enfermeira EESCJ e para o meu projeto em particular. Outro facto pertinente foi a documentação dos cuidados prestados utilizando a taxonomia CIPE. Neste contexto defini 5 objetivos específicos indo ao encontro das competências que pretendia alcançar:

- 1) Analisar critérios de construção de diagnósticos de enfermagem e de resultados de enfermagem relacionados com o foco papel parental e amamentação, com recurso à taxonomia CIPE;
- 2) Promover a reflexão crítica dos enfermeiros sobre o desenvolvimento de competências parentais integrada no desenvolvimento da parentalidade;
- 3) Colaborar com os enfermeiros da Urgência Pediátrica no desenvolvimento de competências parentais na amamentação;
- 4) Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades de acordo com as competências de enfermeira EESCJ na Urgência Pediátrica;
- 5) Avaliar o meu processo de tomada de decisão e perspetivar o meu papel como enfermeiro EESCJ.

Para dar resposta a cada objetivo defini atividades enumeradas em apêndice (Apêndice II).

Tendo em conta o primeiro objetivo, resumindo as atividades a ele inerentes prendem-se com a realização de consulta de documentação (parentalidade, amamentação e a CIPE), reunião com a enfermeira chefe no sentido de perceber a construção de diagnósticos (CIPE), a prestação de cuidados documentando-os (CIPE), dando especial atenção aos critérios de construção dos diagnósticos relativos ao foco parentalidade e amamentação e reflexão sobre todas as atividades desenvolvidas.

Tendo em conta o primeiro objetivo foi realizada uma reunião com a enfermeira chefe, tendo como finalidade perceber os critérios de construção de diagnósticos de enfermagem e intervenções com recurso à taxonomia CIPE no âmbito dos focos papel parental e amamentação. Durante a prestação de cuidados neste contexto foi realizada a consulta de documentação considerada pertinente, da qual ressalto as temáticas parentalidade, aleitamento materno e a classificação para a prática de enfermagem.

A prestação de cuidados na UP, especialmente no internamento de curta duração deste local, foi suportada pela metodologia do Processo de Enfermagem. Organizado para ajudar o enfermeiro a abordar de forma lógica as situações da prestação de cuidados. Este processo realiza-se em 5 etapas, apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Na apreciação (realizada colheita, síntese e análise de dados em fontes primárias e secundárias), diagnóstico (realizado o julgamento crítico sobre a informação colhida), planeamento (delineando um programa de ação com objetivos definidos), implementação (execução do plano delineado) e avaliação (sistemática e planeada) (Carpenito, 2007). Com o decorrer do tempo e através da realização de diagnósticos segundo a taxonomia CIPE iniciei um processo evolutivo na minha capacidade de raciocínio nos diagnósticos e intervenções com recurso a esta taxonomia. Este processo foi pautado pela análise prática de diagnósticos de enfermagem e a sua discussão com os enfermeiros especialistas e peritos nesta nomenclatura, especialmente nos focos Papel Parental e Amamentação.

A importância destes dois focos na atuação de enfermagem é evidenciada no Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, onde na prática hospitalar de assistência à criança a Amamentação e Parentalidade são dois dos focos de enfermagem a ter em conta (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Constatei que o exercício da parentalidade provoca alterações importantes no ciclo vital familiar surgindo transformações na sua organização e alteração de papéis. Os pais necessitam de apoio, mesmo numa UP, por parte da equipa de enfermagem, de forma a conseguir a sua autonomia nas competências parentais no AM. Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher (2000) referem que as intervenções de enfermagem devem ser norteadas pela avaliação da natureza da transição, condicionalismos da transição (facilitadores e inibidores) e dos padrões de resposta. Enfatizo a importância

destas intervenções terapêuticas para uma visão abrangente e aprofundada do processo de vivência das transições facilitando a percepção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento. Corroborando Mercer (2004), na teoria Tornar-se Mãe, refere que o papel materno e paterno só é atingido quando se sente harmonia interna com o papel e com as expectativas inerentes a este (Meighan, 2004). Hockenberry, Wilson & Winkelstein (2011) nesta mesma perspectiva referem que os fatores que afetam a transição para a parentalidade são a idade parental, o envolvimento dos pais e a educação parental.

No que toca à educação parental identifiquei, em alguns pais de crianças em internamento de curta duração, necessidades de informação e apoio no âmbito da amamentação, nomeadamente em temáticas como a quantidade e qualidade de leite e a sua relação com o choro do lactente e o regresso ao trabalho e a sua relação com a amamentação. Esta conclusão vai de encontro ao Plano Nacional de Saúde Orientações Estratégicas para 2004-2010, que refere que a maioria das mães que amamentam conhece as vantagens do aleitamento materno e está empenhada em iniciá-lo. Sabe-se que 95% dos recém-nascidos saem dos Hospitais e Maternidades com aleitamento materno exclusivo, mas que este valor decresce a partir do 15º dia de vida motivado por falsas questões relacionadas com problemas técnicos, insegurança, receios e *stress* (Ministério da Saúde, 2004).

Neste ponto um estudo de investigação em Portugal concluiu que o abandono precoce do aleitamento exclusivo era elevado e estava relacionado a dúvidas maternas relativas à quantidade e qualidade de leite produzido e questões laborais (Junqueira, 2011). Estes problemas podem ser minimizados com um apoio oportuno e prático aos pais no sentido de os ajudar a desenvolver competências parentais no aleitamento materno, aumentando a duração deste. Num outro estudo Pinelli, Atkinson & Saigal (2001) verificaram que o apoio parental no aleitamento materno pode aumentar a sua duração. Levy & Bértolo (2012) corrobora com este facto salientando a importância de serem tomadas medidas de suporte e apoio. Constatei a pertinência e importância de sinalizar estes casos na UP, realizar o levantamento do foco de amamentação comprometida, e realizar intervenções de enfermagem no sentido de lhe dar resposta e continuidade. Verifiquei também a importância de identificar quais os recursos da comunidade local que davam resposta aos casos sinalizados, tal como cantinhos de amamentação e comunidades amigas dos bebés.

Face às necessidades de orientação e suporte enfatizo as intervenções de enfermagem no âmbito da educação parental, nomeadamente ensinar, instruir, treinar e supervisionar (CIPE) no Papel Parental e AM.

Tendo em conta o segundo objetivo, as atividades a ele inerentes prendem-se com a reunião com a enfermeira chefe para perceber a pertinência da realização de sessão de formação em contexto de trabalho, planeamento, execução e avaliação da sessão e reflexão sobre todas as atividades. No que toca ao aleitamento materno Levy & Bértolo (2012) salientam que um ponto de viragem no sucesso deste é o suporte na amamentação especialmente até a lactação estar bem estabelecida. Num estudo realizado por Graça (2010) o aleitamento materno constitui-se numa iniciação elevada, mas verificaram-se quebras elevadas na sua prevalência ao longo do tempo. Intervenções de enfermagem que se prolonguem no tempo tem um efeito positivo na duração do aleitamento materno.

Tendo em conta o segundo objetivo, a justificação da pertinência da sua realização prendeu-se com o observado no decorrer da prestação de cuidados, o manifestado pela enfermeira chefe do serviço e pela equipa de enfermagem. Considerei pertinente a realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho que permitisse espaço à troca de experiências na equipa de enfermagem e reflexão sobre as práticas de cuidados. Realizei um planeamento e avaliação da sessão “*A capacitação parental e novas abordagens para o desenvolvimento infantil – Touchpoints*” que se encontra em apêndice (Apêndice IV). Tendo em conta a avaliação crítica desta atividade saliento a importância da criação de um espaço de partilha de experiências e reflexão sobre práticas na equipa de enfermagem relacionadas o desenvolvimento de competências parentais e sua articulação com o *Modelo Touchpoints*. Constatei que algumas práticas de prestação de cuidados efetuadas iam de encontro ao modelo *Touchpoints*, no apoio ao desenvolvimento infantil e parentalidade (perspetivados em conjunto) e promoção de intervenção precoce.

Num estudo, Rodrigues (2010) salienta que a intervenção de enfermagem deve ser de supervisão no desenvolvimento de competências parentais, num modelo de parceria de cuidados. Em paralelo com a uma prática profissional reflexiva que permita o desenvolvimento de competências parentais no cuidar. NANN (2014), salienta a importância do estabelecimento de laços entre os pais e os filhos pois favorece na criança o seu desenvolvimento afetivo e cognitivo ao mesmo tempo que propicia aos pais um sentimento de serem pais. Indo mais longe Brazelton & Sparrow, (2003)

enfatizaram a importância de uma nova abordagem profissional caracterizada pela interação entre dois paradigmas: o paradigma do desenvolvimento e o paradigma relacional no Modelo *Touchpoints*. Saliento que as intervenções baseadas numa aliança de suporte entre pais e profissionais, neste modelo, permitem atingir um adequado crescimento e desenvolvimento infantil e permitem aos pais a vivência da parentalidade.

Em relação ao terceiro objetivo, as atividades a ele inerentes prendem-se com a reunião com enfermeira chefe para perceber a pertinência da realização de sessão para a educação, planeamento e execução da sessão e reflexão sobre todas as atividades. Constatei que, sendo um Hospital Amigo dos Bebés, muitos projetos tinham já sido realizados no âmbito de educação parental nesta área, de entre eles destaca-se o programa educação parental “*vida saudável*”. Foi então proposta a colaboração nele com a participação na sessão de educação para a saúde a um grupo de pais que recorreram à UP, efetuada no âmbito da alimentação saudável, que incluiria a temática do AM exclusivo até aos 6 meses de idade. O planeamento e avaliação desta sessão (Apêndice III) foi realizado em conjunto com a enfermeira responsável pela temática da alimentação saudável do serviço. A sessão decorreu bem, a população a que se destinava achou-a bastante pertinente, foram bastante interventivos e sugestões foram dadas para futuras sessões. Na realização desta sessão não foi possível grande autonomia na utilização dos princípios da educação de adultos devido ao carácter colaborativo da minha intervenção num projeto já existente. No entanto, esta experiência permitiu-me refletir na utilização de princípios da educação de adultos na realização de sessões de educação parental. Já que foi evidente, pela vontade manifestada pelos participantes em partilharem, esclarecerem dúvidas baseadas em problemas por eles vividos, que um método unicamente expositivo poderia não ser o mais indicado. Knowles salienta a importância das várias etapas do ciclo andragógico na planificação e desenvolvimento de projetos educativos em adultos (Nogueira, 2007). Segundo Knowles (1980, 1990^a, 1990^b) na educação de adultos devem ser tidos em conta vários aspetos, como a necessidade de saber, o autoconceito do aprendiz, o papel das experiências dos aprendizes, a orientação do aprendiz à aprendizagem e a motivação para a aprendizagem.

Na educação para saúde a pais importa ter em conta a importância da promoção do desenvolvimento infantil. Nesta mesma perspetiva, os pais devem ser considerados parceiros nos cuidados numa UP no sentido da promoção do melhor desenvolvimento

infantil. Corroborando o referido Cruz (2005, 2013) salienta que o exercício da parentalidade é um modelo tripartido no qual os pais se assumem como parceiros, instrutores e conselheiros de interação delineando nas crianças padrões de comportamentos e experiências.

Em relação ao quarto objetivo, as atividades a ele inerentes prenderam-se com a prestação de cuidados a crianças e jovens, participação em ações de formação consideradas pertinentes e reflexão sobre todas as atividades desenvolvidas.

As atividades realizadas na prestação de cuidados a crianças/jovens na UP revelaram-se bastante oportunas em termos de aprendizagem, no âmbito da parentalidade, das doenças pediátricas e na avaliação do desenvolvimento infantil. Foi também fonte de aprendizagem a colaboração com a equipa na prestação de cuidados a uma criança em paragem cardiorrespiratória, no que toca ao desenvolvimento de habilidades em situações de instabilidade das funções vitais. Estas atividades tiveram em conta o quarto objetivo e foram também uma importante fonte de crescimento profissional como enfermeira EESCJ.

A prestação de cuidados no internamento de curta duração na UP fez-me compreender que apesar do seu caráter de complexidade nos cuidados prestados, é para os pais, um local de busca de informação. Nas intervenções de enfermagem realizadas neste âmbito ressalta salientar as estratégias que podem ser mobilizadas pela família para a gestão da crise relativa à hospitalização infantil (Jorge, 2004, Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2011). De entre elas refiro a procura de apoio social, a procura de informação, a religiosidade, a redefinição da situação (*mecanismos de coping*) e resolução de problemas.

No âmbito do aleitamento materno tive a possibilidade de participar na Conferência Internacional de Aleitamento Materno realizada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa nos dias 2 e 3 de Outubro. Dos temas abordados e que considerei mais importantes foram a *“Parentalidade, leite materno e a lei em Portugal”* e *“Prematuridade e aleitamento materno”*. Estas temáticas possibilitaram-me também o contato com peritos na área e o aprofundamento da temática jurídica relativa ao aleitamento materno.

Tendo em conta o quinto objetivo a realização de diários de aprendizagem e no final do estágio a realização uma síntese reflexiva sobre o estágio na UP (Apêndice V) foram uteis pois permitiram-me refletir sobre o meu processo formativo de aquisição de competências de enfermeiro EESCJ no âmbito da UP. Refleti sobre as

intervenções de enfermagem na promoção do papel parental e aleitamento materno, na hospitalização infantil em situações de urgência, na importância da educação parental no desenvolvimento infantil e na importância de reflexão e partilha profissional das práticas de enfermagem na UP.

2.2. Internamento de Pediatria

O estágio no IP foi realizado num Hospital Amigo dos Bebés e cujos registos de Enfermagem são realizados com base na versão Beta 2 da CIPE, factos preponderantes para a eleição deste local para estágio. Neste contexto defini 4 objetivos específicos indo ao encontro das competências que pretendia alcançar:

- 1) Analisar critérios de construção de diagnósticos de enfermagem e de resultados de enfermagem relacionados com o foco Papel Parental e amamentação, com recurso à taxonomia CIPE;
- 2) Desenvolver atividades de educação parental no âmbito do desenvolvimento de competências parentais na amamentação;
- 3) Desenvolver outras capacidades e habilidades no âmbito das competências de enfermeiro EESCJ;
- 4) Avaliar o meu processo de tomada de decisão e o papel enquanto enfermeiro EESCJ.

Para dar resposta a cada objetivo defini atividades enumeradas em apêndice (Apêndice II).

Tendo em conta o primeiro objetivo, as atividades a ele inerentes prendem-se com a realização de consulta de documentação (parentalidade, amamentação e a CIPE), prestação de cuidados documentando-os (CIPE), dando especial atenção aos critérios de construção dos diagnósticos relativos ao foco parentalidade a amamentação e reflexão sobre as atividades desenvolvidas.

Para a apreensão da realização dos registos de enfermagem segundo a taxonomia CIPE no internamento de pediatria e consulta de documentação pertinente foi importante a reunião com os grupos de trabalho CIPE e AM. No que toca ao papel parental foi de grande auxílio a minha enfermeira de referência.

Na prestação de cuidados a lactentes em AM compreendi as necessidades de educação parental neste serviço das quais saliento as dúvidas no armazenamento, extração e transporte de leite materno. Na prestação de cuidados, constatei que os

pais, nas competências relativas à alimentação/aleitamento materno, apresentavam dúvidas e foram necessárias intervenções de educação parental no sentido do desenvolvimento de competências parentais. A informação fornecida teve a preocupação da adaptação da linguagem aos intervenientes e foi acompanhada da entrega de um folheto informativo relativo à temática. Cruzando com a literatura, Dadam (2011) acrescenta que na educação parental devem dar-se informações de carácter prático e emocional, transmitir-se princípios de aprendizagem, estratégias de modificação de comportamentos. No âmbito da prestação de cuidados constatei que os pais identificavam quais as competências em que precisavam de ajuda/educação e de um modo geral solicitavam apoio à equipa de enfermagem no decorrer do internamento. Este tipo de resultados constatados vai de encontro ao defendido por Rodrigues (2010) que acrescenta ainda que a autoavaliação de competências parentais está relacionada positivamente com o tempo de internamento, com a avaliação dos enfermeiros e com a satisfação com os cuidados de enfermagem. Estas necessidades de educação parental no IP foram colmatadas através da aprendizagem de habilidades para amamentar e aprendizagem de habilidades para estimular, recolher, conservar e transportar leite materno. O vínculo mãe/lactente e o desejo de manter o AM no IP conduzia à procura de informação e aconselhamento. Neste ponto Dadam (2011) acrescenta que o potencial para melhorar a competência parental dependerá da sua capacidade de se ligarem ao filho/responderem às suas necessidades e de conseguirem avaliar, de modo consciente, as suas aprendizagens parentais. Constatei que, na transição para a parentalidade, os enfermeiros tem um peso enorme nas suas várias dimensões possibilitando a aquisição de competências parentais num serviço de internamento. Os enfermeiros devem estar conscientes do seu importante papel, e por isso Graça (2010) adverte que as dimensões biológicas e de cuidados, na parentalidade, são fortemente influenciadas pelas orientações destes profissionais. Tal acarreta pois uma responsabilidade acrescida de deteção precoce, cuidados antecipatórios e encaminhamento com vista a uma saudável transição parental. Na prestação de cuidados a crianças e famílias no IP, realizei a avaliação do processo de transição para a parentalidade segundo Meleis e Mercer.

Na prestação de cuidados, constatei que a manutenção do AM pode ser influenciada pela hospitalização. Muitas mães relataram-me problemas e dificuldades na manutenção do aleitamento materno. Tendo em conta as reflexões realizadas e cruzando-as com as pesquisas feitas, em conjunto com a unidade familiar fomos

delineando estratégias para alcançar o objetivo traçado em conjunto. Este meu agir é fundamentado e corroborado por Fernandes, Tavares, Fernandes & Pereira (2011) que afirmam que os enfermeiros devem ver no cliente um parceiro no processo de tomada de decisão, numa relação onde não é esperado que estes resolvam os problemas, mas sim que colaborem com eles na sua resolução. Neste aspeto a minha intervenção foi de encontro ao referido no estudo realizado por Pinelli, Atkinson & Saigal (2001) que salientam que intervenções como disponibilizar vídeos sobre aleitamento materno, aconselhamento individual com os pais, contato frequente com profissionais na área do aleitamento materno auxilia a duração do aleitamento materno.

Tendo em conta o segundo objetivo, as atividades a ele inerentes prendem-se com apurar a pertinência da realização de uma atividade no âmbito de educação parental, elaboração da atividade e reflexão sobre as atividades desenvolvidas.

A compreensão da pertinência de desenvolver atividades de educação parental no âmbito do AM, patentes neste objetivo, resultou da observação da prestação de cuidados a mães de lactentes em AM, da opinião de mães que frequentavam o cantinho de amamentação, da opinião manifestada pela enfermeira chefe e pelas enfermeiras pertencentes ao grupo do AM. Com estas informações foi-me possível realizar, com apoio da minha enfermeira de referência e professora orientadora, o planeamento de um trabalho que satisfizesse a pertinência de educação parental identificada, que foi um Manual de Aleitamento Materno para os pais do IP (Apêndice VI), baseado no manual do aleitamento materno da UNICEF de 2012, com uma linguagem acessível e adequada à população a que se destina. Este manual posteriormente ficará no cantinho de amamentação existente neste serviço.

Tendo em conta o terceiro objetivo, as atividades a ele inerentes prendem-se a prestação de cuidados no IP (avaliação do desenvolvimento, adequação da comunicação, aplicação de técnicas no controlo da dor), documentação dos cuidados prestados (CIPE), realização de um estudo de caso e reflexão sobre as atividades desenvolvidas.

Na prestação de cuidados no IP, realizei uma pesquisa relativa à comunicação com as crianças em diferentes faixas etárias. Hockenberry, Wilson & Winkelstein (2011), salientam que na comunicação com as crianças nas diferentes faixas etárias, a componente mais importante é a não-verbal. Nas intervenções de enfermagem saliento as que se prendem com a comunicação com crianças e bebés em que a

utilização da brincadeira pode ser um meio útil de obtenção de informação, já nas crianças mais velhas salienta-se a importância da sua inclusão como participantes ativos do processo. De entre as diretrizes da comunicação com crianças saliento o permitir à criança um tempo para se sentir à vontade, falar com os pais se a criança estiver tímida no início, comunicar-se através de objetos de transição, falar com uma voz calma, confiante e sem pressa, utilizando palavras simples e frases curtas. Esta pesquisa possibilitou o conhecimento e uso da brincadeira terapêutica na comunicação com crianças especialmente face à realização de procedimentos. Constatei que a utilização da comunicação adequada à faixa etária possibilita a diminuição da ansiedade nos procedimentos de cirurgia em ambulatório realizado neste serviço. Constatei que uso de técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, no IP, é importante recurso na gestão do controlo da dor e nos cuidados atraumáticos. Hockenberry, Wilson & Winkelstein (2011), referem que o cuidado atraumático é aquele que por meio de intervenções eliminem ou mitiguem o sofrimento psicológico ou físico vivenciados pelas crianças ou familiares. Na intervenção de enfermagem no IP, denoto uma preocupação na prestação de cuidados atraumáticos e destaco igualmente a utilização de escalas de avaliação da dor de acordo com o utente pediátrico (escala de “OPS”, escala de “FACES”, escala de “FLACC”) como avaliação do quinto sinal vital. De acordo com estes autores, destaco as intervenções de enfermagem que vão desde as abordagens psicológicas, como é o caso de preparação da criança para os procedimentos/cirurgias, como as intervenções relacionadas com a presença parental junto da criança.

Neste estágio contactei com crianças de diferentes faixas etárias e com patologias diferentes comuns na idade pediátrica, principalmente infeções respiratórias, bronquiolites, infeções urinárias e diabetes tipo I inaugural. Tendo em conta a prestação de cuidados a estas crianças/jovens com estas patologias específicas, realizei pesquisas bibliográficas pertinentes de modo a dar respostas aos desafios que se iam apresentando. Documentei a prestação de cuidados recorrendo à nomenclatura CIPE, levantando os focos relacionados, dos quais saliento a adesão ao regime terapêutico, dispneia, limpeza das vias aéreas, dor, febre, infeção e metabolismo energético de acordo com as patologias anteriormente descritas. Realizei em parceria com os pais intervenções no sentido de possibilitar a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados a

estas crianças. Realizei igualmente o encaminhamento oportuno da criança com o diagnóstico de diabetes tipo I para um recurso do hospital.

Realizei um estudo de caso de uma criança (Apêndice VII), segundo a metodologia do processo de enfermagem, no sentido de demonstrar e avaliar os conhecimentos adquiridos e refletindo sobre a tomada de decisão na prática de cuidados naquela lactente. Na prestação de cuidados a esta lactente constatei que a realidade da hospitalização de uma criança acarreta sofrimento e alterações para a criança e família. Destacam-se necessidades de apoio físico, psíquico e por vezes espiritual com o internamento da lactente. Relataram-me sentimentos como medo, dor pelo sofrimento do filho, ansiedade e culpa. É neste sentido que Magalhães, Sousa & Barbieri-Figueiredo (2014), referem que a hospitalização é um evento crítico, relacionado com a mudança do ambiente físico e psicológico, separação familiar, interrupção das atividades quotidianas, sentimento de normalidade, insegurança no papel parental, alterações financeiras, dor, medo e culpa.

Tendo em conta o quarto objetivo, as atividades a ele inerentes prendem-se a realização de diários de aprendizagem e à realização de uma síntese reflexiva relativa ao estágio no IP. Estas reflexões realizadas dotaram-me de conhecimento proveniente da análise das práticas de enfermagem e do confronto com a literatura sobre as intervenções de enfermagem nas temáticas da vivência da parentalidade face à hospitalização, a comunicação adequada ao estadio de desenvolvimento infantil, a intervenção de enfermagem na doença aguda infantil e aleitamento materno no IP. Saliento ainda que foram de grande importância por me terem dotado de instrumentos que me permitiram ter uma aprendizagem significativa e desenvolver uma atitude reflexiva na prática de cuidados especialmente na área da promoção de competências parentais e AM patentes no internamento de um filho.

2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Seguidamente realizei estágio num serviço de cuidados intensivos neonatais de um hospital geral central. Este serviço tem um historial de uma grande aposta no desenvolvimento de competências parentais de recém-nascidos prematuros através de documentação escrita e suporte informático no registo dos cuidados efetuados assim como na utilização de escalas validadas para avaliação da evolução de diferentes parâmetros em recém-nascidos prematuros. Os registos de Enfermagem

são efetuados através da aplicação informática Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) – Sclínico – construída com base na versão Beta 2 da CIPE.

Neste contexto defini 2 objetivos específicos indo ao encontro das competências que pretendia alcançar:

- 1) Analisar critérios de construção de diagnósticos de enfermagem e de resultados de enfermagem relacionados com os focos Papel Parental e amamentação, com recurso à linguagem CIPE;
- 2) Avaliar o meu processo de tomada de decisão e o papel enquanto enfermeiro EESCJ.

Para dar resposta a cada objetivo defini atividades enumeradas em apêndice (Apêndice II).

Tendo em conta o primeiro objetivo, as atividades a ele inerentes prenderam-se à realização de consulta de documentação, realização de uma reunião para aprofundar conhecimentos sobre critérios de construção de diagnósticos (CIPE), prestação de cuidados e sua documentação (CIPE) e reflexão sobre as atividades.

Realizei inicialmente reuniões com a enfermeira chefe deste serviço, com as enfermeiras responsáveis pelo grupo de trabalho da amamentação e consulta dos documentos do serviço sobre os critérios de construção de diagnósticos de enfermagem segundo a nomenclatura CIPE. Esta reunião, pela sua riqueza teórica e prática, permitiu-me perceber e analisar como se processou em neonatologia a introdução da nomenclatura CIPE na documentação da prestação de cuidados e as ações de formação profissional que foram levadas a cabo. Percebi e refleti sobre a mobilização de toda a equipa nesta etapa de melhoria dos registos dos cuidados em enfermagem. Estes aspetos foram promotores de conhecimentos, especialmente os relacionados com o foco amamentação e papel parental.

A realização de estágio na unidade de cuidados intensivos num hospital considerado de excelência na prestação de cuidados em parceria com os pais de recém-nascidos prematuros, na educação parental e na utilização de escalas de avaliação validadas na prestação de cuidados a recém-nascidos prematuros foi muito pertinente. Este facto veio dar resposta às minhas necessidades de formação e aperfeiçoamento profissional e pessoal nesta área que para mim é tão importante. A busca pela excelência na prestação de cuidados é notória assim como o empenho na formação profissional contínua neste serviço. Foi para mim muito gratificante e enriquecedor ver uma realidade diferente da do meu exercício profissional, na medida que me dotou de

experiências e instrumentos na área de qualidade dos cuidados (papel dinamizador em medidas de suporte e apoio na melhoria dos cuidados, colaborando em programas de melhoria e criando ambiente terapêutico e seguro para a prática de cuidados) para aplicação futura no serviço onde exerço atividade. Neste sentido, pareceu-me pertinente refletir sobre a definição de “qualidade”. Analisando a perspectiva de Mezomo (2001), Hesbeen (2001) e Donabedian (2003) percebe-se que a qualidade de cuidados implica que o cuidar seja praticado em todas as suas dimensões. A promoção desta mesma qualidade é um processo longo, que implica liderança e que contribui para a melhor compreensão da qualidade dos cuidados e o desejo de melhorá-la.

Na prestação de cuidados, a avaliação da vivência do processo de transição para a parentalidade (Mercer, Meleis) realizada permitiu-me perceber a importância para os pais da vinculação ao recém-nascido, das expectativas familiares perante eles, da priorização da criança e da satisfação das suas necessidades assim como o sentir-se competente na realização do papel parental. Neste mesmo sentido esta conceção de parentalidade vai de encontro à definição de parentalidade segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros, definindo-a como a ação de tomar conta, assumindo as responsabilidades de ser mãe/pai com comportamentos destinados a facilitar a inclusão do novo membro no seio familiar, otimizando comportamentos que favoreçam o crescimento e desenvolvimento infantil. Ao mesmo tempo que existe a interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto ao papel parental (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A parentalidade, segundo Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher (2000), é em si uma transição e de acordo com a sua teoria este processo de transição pode ser sistematizado, descrito, compreendido, interpretado e explicado, especialmente os fenómenos específicos de enfermagem que emergem para a prática. De um ponto de vista do desenvolvimento, a parentalidade é a passagem para uma nova fase do ciclo de vida nos adultos que envolve a complexidade do sistema familiar com uma redefinição de tarefas e papéis. Sendo, geralmente, fruto de uma opção, ser pai e mãe é uma transição crítica pois apresenta repercussões na saúde materna e paterna e no desenvolvimento e crescimento da criança (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000, Mercer & Ferketich, 1990).

Os pais das crianças que cuidei encontravam-se em processo de transição para a parentalidade, iniciado ainda durante a gravidez e no qual, muitas vezes de modo

inesperado, aconteceu o nascimento prematuro da criança, sendo necessária uma redefinição e reajuste parental à nova situação. Segundo Relvas (2004), a parentalidade exige por parte dos progenitores diferentes respostas comportamentais, emocionais e cognitivas, pois é um processo dinâmico de reajustamento e reorganização no sistema familiar e nas relações com o mundo exterior com reflexo no desenvolvimento dos novos pais e famílias.

Tendo em conta o quarto objetivo, as atividades a ele inerentes prendem-se à realização de diários de aprendizagem e à realização de uma síntese reflexiva relativa ao estágio em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

O segundo objetivo que resultou o jornal de aprendizagem que realizei (Apêndice VIII) foi referente a uma situação na prestação de cuidados. No jornal, saliento a importância do aleitamento materno como foco complexo e com influência multifatorial no exercício de enfermagem neonatal que requer uma abordagem, por parte do enfermeiro, humanista, personalizada e holística em parceria com os pais. Julgo que a síntese reflexiva realizada sobre este estágio permitiu valiosos contributos de aprendizagem e aperfeiçoamento pessoal na área da Neonatologia, valiosos enquanto enfermeira especialista e enquanto profissional que trabalha nessa mesma área. Daí que, a Ordem dos Enfermeiros (2002) através do Conselho de Enfermagem, ao descrever os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem menciona que a qualidade destes exige reflexão sobre a prática, sendo que esta reflexão exige tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados.

2.4. Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

Seguidamente realizei estágio num serviço de Cuidados Intermédios Neonatais de um hospital geral central, Amigo dos Bebés, onde exerço funções de enfermeira. Esta Unidade é a maior do país onde são internados recém-nascidos, a maioria prematuros, vindos de todo o território nacional. Os registos de Enfermagem ainda são realizados em suporte de papel estando numa fase de transição para os registos informatizados documentados segundo a nomenclatura CIPE. Neste contexto defini 2 objetivos específicos indo de encontro às competências que pretendia alcançar:

- 1) Planear e executar intervenções de enfermagem na promoção das competências parentais na amamentação de pais com bebés prematuros;

- 2) Avaliar o meu processo de tomada de decisão e o papel enquanto enfermeiro EESCJ.

Para dar resposta a cada objetivo defini atividades enumeradas em apêndice (Apêndice II).

Tendo em conta o primeiro objetivo, resumindo as atividades a ele inerentes prendem-se com a realização de consulta de documentação (parentalidade, amamentação e a CIPE), realização de uma reunião com a enfermeira chefe para identificar a pertinência de um documento de educação parental e pertinência da realização de um protocolo de enfermagem, prestação de cuidados relativos ao foco parentalidade e amamentação documentando-os (CIPE) e refletir sobre as atividades.

Analisando a minha passagem pela área da Neonatologia, penso que foi de grande importância ter realizado o estágio em cuidados intensivos e intermédios neonatais em serviços diferentes. Tendo em conta o primeiro objetivo reuni com a enfermeira chefe no sentido de perceber a pertinência de desenvolver e realizar o meu projeto na área da promoção das competências parentais de AM em pais de recém-nascidos prematuros. Mostrou-se pertinente a realização de um protocolo de aleitamento materno para a unidade de Neonatologia, tendo em conta as necessidades de melhoria da qualidade dos cuidados com vista à reavaliação da creditação como um Hospital Amigo dos Bebés, por parte da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés.

Durante a prestação de cuidados fui informalmente recolhendo as opiniões da equipa de enfermagem e dos pais dos recém-nascidos para perceber a importância e pertinência das intervenções planeadas. Estas opiniões certificaram a pertinência dos trabalhos propostos. As informações recolhidas permitiram-me a realização de um protocolo de enfermagem sobre o AM em recém-nascidos prematuros (Apêndice IX) e a realização de um documento de educação parental intitulado “*Ser pai e mãe de um bebé prematuro*” (Apêndice X). Desempenhei um papel de suporte nas iniciativas de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem naquele contexto.

A pesquisa bibliográfica sobre as temáticas parentalidade e AM em recém-nascidos prematuros conduziu a um aprofundamento e consolidação de conhecimentos teóricos e práticos relativos a esta área. Destaco especialmente os relativos aos cuidados parentais em parceria com a equipa, suporte parental e familiar (cognitivo, comportamental e emocional), a importância da comunicação em neonatologia, a capacitação parental e o treino e desenvolvimento profissional da equipa de cuidados em neonatologia. Com toda esta bagagem e cheia de vontade de agir impulsionada

pelo estágio anterior, planeei ações e intervenções na minha prática de prestação de cuidados a estes recém-nascidos/pais em parceria. Destas saliento, a promoção de comportamentos parentais de higiene e conforto (dar banho, mudar a fralda), comportamentos parentais na alimentação (detetar sinais de fome, alimentar o bebé, colocar o bebé na posição de eructação), comportamentos parentais de cuidados à pele e tegumentos (limpar e proteger a pele e tegumentos), comportamentos parentais na eliminação fecal e vesical (mudar a fralda), comportamentos parentais no âmbito emocional (conforta, acaricia, pega ao colo, abraço). Documentei a prestação de cuidados neste serviço através de planos de cuidados segundo a taxonomia CIPE e avaliei o processo de transição de parentalidade dos pais dos recém-nascidos prematuros segundo as teorias de Meleis e Mercer.

Sinto-me a cada dia mais competente neste meu percurso de especialista. É inevitável que me ocorra que o conhecimento/reflexão é um vendaval que começa a soprar devagarinho, vai aumentando e trazendo consigo ideias, conceitos, intervenções. Este vento transforma-me e conduz inevitavelmente a uma mudança, que espero que seja impulsionadora e inspiradora para os restantes colegas. É neste sentido que se revelam os princípios de cuidados profissionalmente competentes, definindo-se a competência em enfermagem como a capacidade, a aptidão, a habilidade de pôr em prática um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes, no campo cognitivo, psicomotor e afetivo ou relacional (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Foi igualmente importante a realização do protocolo de enfermagem sobre o AM em recém-nascidos prematuros pois permitiu unificar a linguagem de enfermagem relativamente a esta temática. A importância de intervenções no sentido de promoção do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros é evidenciado pela NANN (2014) que refere que a promoção do AM é de extrema importância e deve ser encarada como um problema de saúde pública. As vantagens para os prematuros são enormes, o sucesso do AM numa Neonatologia inicia-se aquando da admissão do recém-nascido e devem ser iniciadas ações nesse sentido.

Acrescento ainda que a realização de um guia para pais de recém-nascidos prematuros intitulado *“Ser pai e mãe de um bebé prematuro”* constitui-se como um possível recurso disponível de educação parental, visto a escassez de material existente no serviço disponível para consulta. Este guia pode possibilitar algum esclarecimento de dúvidas e uma linguagem comum entre pais e a equipa multidisciplinar que presta cuidados aos seus filhos. Pode estimular igualmente a

capacitação parental nos cuidados aos recém-nascidos prematuros e pode auxiliar na construção da identidade materna e paterna. O apoio externo dos enfermeiros na formação da confiança na identidade materna/paterna é referido por Mercer (2004) que propõe que tornar-se mãe/pai se inicia com a vivência de vários estágios na aquisição de tarefas e papéis que incluem diretrizes internas e externas ocorrendo concomitantemente com o desenvolvimento da sua confiança, autonomia e produção do seu próprio estilo de ser mãe/pai. Esta mesma autora salienta ainda que o contato dos enfermeiros com os pais deve processar-se de forma positiva, na promoção da sua autoestima, respeito pelas suas crenças e valores, fomentando a interação com o filho, incentivando a expressão de expectativas, dificuldades e sentimentos, motivando-os para a suas competências parentais e enquanto família.

Esta educação parental direcionada para o recém-nascido prematuro possibilita a criação de expectativas realistas sobre o recém-nascido e sua interação, os cuidados que precisa e que competências parentais são necessárias desenvolver. Nesta mesma linha, Cruz (2005, 2013), salienta que a parentalidade é uma transição que revela a combinação múltipla de influências, tais como as características do bebé, as características parentais e de fatores extrafamiliares que importa ter em conta. Concluo que esta educação parental associada às intervenções de parceria de cuidados da equipa de enfermagem possibilita a promoção de competências parentais em pais de recém-nascidos prematuros com vista à autonomia e satisfação do papel parental.

Cunha (2000) refere que o internamento de um recém-nascido acarreta *stress* parental e tem efeitos negativos na vida familiar, na satisfação com a vida e nas atitudes de interação estabelecidas com o recém-nascido. O comportamento parental vai influenciar as competências do recém-nascido e as experiências de interação iniciais e o processo de construção de uma família influenciam o desenvolvimento e as experiências futuras do recém-nascido.

Tendo em conta todos estes fatores revela-se então de grande pertinência a utilização deste guia *“Ser pai e mãe de um bebé prematuro”*, pois segundo Barros (2001^b), no desenvolvimento de todas estas ações os profissionais de neonatologia desempenham um papel preponderante na facilitação da relação pais/recém-nascido de risco e no desenvolvimento de atitudes e comportamentos que promovam a sua autonomia para que no momento da alta estejam preparados para assumir os cuidados ao seu filho. Este guia que realizei teve por base as temáticas que são

consideradas pertinentes na educação parental de pais de recém-nascidos prematuros (Zaichkin, 2010, Gunter, 2010, NANN, 2014, Bliss, 2012).

Tendo em conta o segundo objetivo, as atividades a ele inerentes prenderam-se com a realização de diários de aprendizagem e uma síntese reflexiva do percurso formativo no contexto da Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.

Tendo em conta o segundo objetivo, produzi um jornal de aprendizagem e realizei uma síntese reflexiva sobre o estágio neste serviço. Esta reflexão possibilitou a avaliação e análise das minhas intervenções na promoção das competências parentais de aleitamento materno na unidade de neonatologia. Destas, saliento as intervenções de suporte parental e familiar, as intervenções de capacitação parental e intervenções no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados de promoção do aleitamento materno na equipa de enfermagem. Todos estes pontos produziram uma enorme satisfação pessoal e um crescimento e desenvolvimento profissional enquanto enfermeira EESCJ.

2.5. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Por último realizei estágio numa UCSP. Nesta UCSP foi pertinente a realização de estágio devido à população heterogénea que abrange, caracterizada pela existência de diversas culturas (chinesa, africana, indiana e caucasiana), assim como a existência de uma grande população infantil que me permitiu desenvolver as competências de enfermeiro EESCJ que me propus. Os registos de Enfermagem são realizados informaticamente e documentados com recurso à nomenclatura CIPE. Neste contexto defini 3 objetivos específicos indo de encontro às competências que pretendia alcançar:

- 1) Promover com a equipa de enfermagem o desenvolvimento das competências parentais na amamentação integrada no desenvolvimento da parentalidade;
- 2) Desenvolver habilidades de avaliação do desenvolvimento Infantil, nomeadamente na avaliação da criança segundo uma escala de desenvolvimento;
- 3) Avaliar o meu processo de tomada de decisão e o papel enquanto enfermeiro EESCJ.

Para dar resposta a cada objetivo defini atividades enumeradas em apêndice (Apêndice II).

Tendo em conta o primeiro objetivo e resumindo as atividades a ele inerentes prenderam-se com a realização de consulta de documentação (parentalidade, amamentação e a CIPE), realização de uma reunião com a enfermeira chefe para identificar a pertinência da realização de uma sessão de formação de enfermagem sobre o aleitamento materno, realização do planeamento, execução e avaliação da sessão, prestação de cuidados documentando-os (CIPE), dando especial atenção aos critérios de construção dos diagnósticos relativos ao foco parentalidade a amamentação e reflexão sobre as atividades desenvolvidas.

Pude contactar, pela reunião com a enfermeira coordenadora, que o aleitamento materno é uma preocupação da equipa, especialmente no que toca à amamentação pois iria abrir para breve um cantinho de amamentação naquela UCSP. Foi considerada pertinente pela enfermeira chefe a realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho sobre o aleitamento materno. Na prestação de cuidados, as opiniões da equipa de enfermagem vieram justificar a pertinência da sessão. Assim verificou-se pertinente a realização de uma formação em contexto de trabalho sobre o AM com a equipa de enfermagem de modo a partilhar experiências e práticas no exercício profissional relativos a este tema.

Tendo em conta o primeiro objetivo, planeie, desenvolvi e avaliei uma sessão de formação em contexto de trabalho com a equipa de enfermagem sobre o AM (Apêndice XI). Esta formação decorreu como planeado e superou as minhas expectativas. Torna-se importante a realização de ações de formação nesta mesma área de modo a que, ao nível dos cuidados de saúde primários, existam profissionais qualificados, cientes da importância das suas práticas nesta área sensível. A pertinência da realização desta formação vai de encontro à literatura (Araújo & Almeida, 2007, França, Bruken, Silva, Escuder & Venancio, 2007) pois a amamentação sendo considerada um processo complexo por envolver aspetos biológicos, psicológicos e socioculturais necessita de profissionais qualificados. Sabe-se que a intervenção de profissionais qualificados influencia em proporção direta o aumento e a duração do aleitamento materno.

Pude observar e constatar que a promoção do AM nos cuidados de saúde primários pode ter efeitos significativos na duração deste e na promoção de competências parentais. As intervenções de promoção devem iniciar-se num período pré-parto e

prolongarem-se no pós-parto. Graça, Figueiredo & Conceição (2011) confirmam isto, acrescentando que para esta promoção seja eficaz deve ser sustentada em 5 pilares: estabelecer políticas favoráveis de AM, criar ambientes favoráveis ao aleitamento materno, reforçar a ação comunitária, desenvolver competências pessoais (informação, educação e treino), orientar os serviços de saúde com implementação de práticas baseadas na evidência.

Tendo em conta o primeiro objetivo pude constatar que a equipa de enfermagem nos cuidados de saúde primários é uma grande fonte de apoio formal para a transição da parentalidade. Martins (2013) refere mesmo que os enfermeiros, em particular a nível dos cuidados de saúde primários, tem a oportunidade, como cuidadores e educadores para a saúde, de ajudar os pais na adequada gestão da parentalidade. Segundo Nyström & Öhrling (2004) a vivência da transição para a parentalidade exige a operacionalização de um cuidado humano transicional que ajude os pais a movimentarem-se na transição autonomamente e com capacidade adaptativa ao novo papel. Neste período vital é necessária uma intervenção de enfermagem específica, dirigida ao reforço de competências e de recursos parentais e à minimização de vulnerabilidades. Torna-se pertinente o levantamento dos focos de enfermagem “Papel Parental” e “Amamentação” a partir da primeira consulta de enfermagem pós-natal com as intervenções inerentes e de acordo com o desenvolvimento infantil e serem avaliados nas consultas consequentes.

A prestação de cuidados a cada unidade familiar é feita avaliando a suas características e especificidades, num modelo de parceria de cuidados. Na prestação de cuidados, avalei cada unidade familiar tendo em conta as suas características individuais e específicas de modo uma maior qualidade desses cuidados de enfermagem. A prestação de cuidados em parceria permitiu uma colaboração ativa da unidade familiar na promoção da saúde, do desenvolvimento infantil e das competências parentais. A literatura confirma que o tratamento da pessoa como um indivíduo único e da sua participação ativa na resolução de problemas estão associados a uma maior satisfação nos cuidados recebidos, o que contribui para a componente resultados enquanto indicador da qualidade da assistência em saúde (Donabedian, 2003).

Nas novas formas de parentalidade (famílias monoparentais, extensas, nucleares, etc.) observadas nesta UCSP, muitas delas sem contactos prévios e geracionais com a realidade de ser mãe e pai, emerge a pertinência da atuação de enfermagem na

educação parental de competências. Brazelton (2013) salienta que muitos novos pais têm-se visto privados da oportunidade de lhes ser passado o legado experiencial e geracional do significado da experiência da parentalidade. Tal leva a um investimento crescente neste tipo de intervenção educacional, justificado pelo reconhecimento do impacto da parentalidade no crescimento e desenvolvimento infantil.

A prestação de cuidados a nível da UCSP possibilitou o desenvolvimento de capacidades de comunicação com pais e crianças, especialmente na consulta de enfermagem e na vacinação. No contexto comunitário, a comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família, tendo em conta a sua cultura, assume uma grande importância. O domínio de técnicas de comunicação efetiva com os pais e a criança foi alcançado, especialmente nas consultas de enfermagem que realizei a lactentes e Toddlers. Na prestação de cuidados relacionados com a vacinação, especialmente em os lactentes e crianças pré-escolares o enfoque foi a gestão da dor e do bem-estar.

Tendo em conta o segundo objetivo, as atividades a ele inerentes prenderam-se, em resumo, com a realização de consulta de documentação sobre a escala de avaliação do desenvolvimento *Mary Sheridan* modificada (Apêndice XII), a realização de avaliação do desenvolvimento infantil sobre esta escala documentando-a, realização de um *poster* sobre esta escala e reflexão sobre as atividades. Neste local e para dar resposta ao segundo objetivo, prestei cuidados autónomos às crianças/jovens e famílias que se apresentaram nas consultas de enfermagem, realizando a avaliação do desenvolvimento infantil segundo a escala de avaliação do desenvolvimento *Mary Sheridan* modificada. Tal permitiu melhorar as minhas capacidades de avaliação do desenvolvimento infantil, possibilitou um conhecimento aprofundado da criança e a possibilidade de um cuidado ainda mais humanizado e personalizado. De modo a tornar presente a avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem realizei um *poster* inerente à avaliação do desenvolvimento infantil segundo a escala de avaliação do desenvolvimento *Mary Sheridan* modificada (Apêndice XIII). Esta avaliação do desenvolvimento infantil pode ser importante na identificação da necessidade de encaminhamento o mais precocemente possível para recursos especializados da comunidade.

Tendo em conta o terceiro objetivo realizei um jornal de aprendizagem e uma síntese reflexiva do estágio nesta UCSP. Estas reflexões permitiram a análise a avaliação da minha evolução na prestação cuidados de saúde primários na promoção e

maximização da saúde da criança/jovem e família. Possibilitaram-me igualmente perceber a importância que estes cuidados de enfermagem especializados tem na promoção das competências parentais no AM, especialmente quando iniciados num período pré-parto e prolongado no período pós-parto.

3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO

Neste capítulo espelha-se a argumentação crítico-reflexiva sobre a aquisição de competências de enfermeiro EESCJ no decurso do percurso formativo, segundo o regulamento das competências comuns de enfermeiro especialista e o regulamento das competências específicas do enfermeiro EESCJ.

De acordo com o preconizado pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2012), estas mesmas competências integram domínios como a prestação de cuidados, a formação, a investigação e a gestão. Segundo Le Boterf (2005) ser competente envolve a interação entre três dimensões, a dimensão dos recursos disponíveis que se pode mobilizar para agir, a dimensão ação e os resultados que esta produz (práticas profissionais e do desempenho) e a dimensão da reflexividade. Saliento que ser competente envolve que um profissional não só detenha mas combine e ponha em prática um conjunto coerente de recursos, seja capaz de conduzir práticas profissionais pertinentes, em relação às exigências profissionais e que além de agir com competência compreenda o porquê e o como agir.

O percurso formativo que foi espelhado permitiu a mobilização de recursos e a integração de saberes cognitivos referentes à formação profissional nas práticas profissionais nos diferentes contextos e a reflexão das experiências vividas na prestação de cuidados.

De acordo com as competências de enfermeiro EESCJ realizo uma descrição e análise destas em relação ao percurso formativo efetuado. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011^c), no regulamento das competências específicas do enfermeiro EESCJ estas são as seguintes:

Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde

Na prestação de cuidados à criança/jovem e família constatei que a parceria de cuidados enfermeiro-pais permite o envolvimento parental nos cuidados e pode levar a intervenções de capacitação e potencialização familiar. Realizei uma pesquisa sobre competência de modo a enquadrar os cuidados de enfermagem na promoção de competências parentais. De acordo com Alarcão (2001), é compreendida como sendo um conjunto de conhecimentos capacidades e atitudes, intenções e motivos que se manifestam em níveis de desempenho adequados ou não à situações específica.

Macedo (2002) salienta que a competência tem sempre uma dimensão relacional pois desafia as interações entre o sujeito e o meio, os outros e consigo mesmo. O seu desenvolvimento depende assim da autonomia, respeito, tolerância cooperação e compromisso, uma vez que são qualidades que influenciam positivamente as relações das pessoas. Nesta perspetiva, na prestação de cuidados nos vários contextos de estágio, realizei intervenções no sentido de escutar, honrar as opiniões e escolhas da família, intervenções no sentido de integrar os conhecimentos, valores e crenças no planeamento e prestação de cuidados em parceria com os pais. A promoção do envolvimento parental conduziu-me no contexto do internamento de pediatria a assumir a responsabilidade inerente à alteração das horas da prestação dos cuidados de higiene de modo a que estes fossem realizados pelos pais. No desenvolvimento e aquisição de competências na promoção da parentalidade realizei a avaliação da estrutura familiar através do genograma, ecomapa e psicofigura de Mitchel documentado no estudo de caso realizado no internamento de pediatria. A apreciação da família e a utilização da informação para a avaliação da estrutura familiar provou ser de grande importância para a avaliação da parentalidade e consequente realização de prestação de cuidados humanizados e individualizados.

De igual modo, foi uma mais-valia para a avaliação de comportamentos de saúde a realização da sessão de educação para a saúde para os pais relacionada com alimentação saudável e o AM inserida no programa educação parental “*vida saudável*” da UP. Pude atuar de modo ativo na promoção de comportamentos saudáveis no contacto direto com as crianças/jovens e famílias.

Na unidade de neonatologia, na prestação de cuidados, procurei sempre momentos de trabalho em parceria, proporcionei momentos de educação parental na prestação de cuidados ao recém-nascido prematuro, especialmente no incentivo parental à prestação de cuidados de higiene, alimentação/amamentação, eliminação e proteção da pele e tegumentos. Este contexto permitiu-me também desenvolver a habilidade referente à comunicação com os pais, ouvindo e respeitando as diferenças culturais, incentivando à comunicação parental no caso de existência de dúvidas ou para expressar sentimentos, medos e angústias. Estas intervenções vão de encontro ao estudo realizado por Rodrigues (2010), no qual defende que apesar dos pais dos recém-nascidos numa neonatologia se encontrarem numa situação de crise, é fundamental reconhecer as suas competências e capacidades no cuidar, partindo do pressuposto que cada família tem o potencial para ultrapassar os momentos difíceis

e geradores de ansiedade. Realizei estas intervenções de enfermagem no sentido de promover em parceria um plano promotor da parentalidade, negociando a participação da criança e família no processo de cuidar, procurando trabalhar com a família na adoção de comportamentos potenciadores de saúde, comunicando com a criança e família utilizando técnicas de comunicação apropriadas aos pais e apropriadas às criança/jovens, segundo o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2011^o).

No contexto da UP, no IP e na UCSP foi-me possível contactar e prestar cuidados a crianças/jovens com inúmeras doenças características das idades pediátricas das quais saliento gastroenterites, infeções respiratórias, bronquiolites, infeções urinárias e diabetes tipo I inaugural. A prestação de cuidados a estas crianças levou-me ao conhecimento das diferentes doenças, das terapêuticas realizadas e dos cuidados e competências parentais necessários para cuidar destas crianças/jovens. A transmissão de informação parental para a aquisição de competências de cuidar levou ao desenvolvimento de capacidades no âmbito da comunicação adequada ao nível de conhecimento, compreensão cognitiva parental e cultura. No serviço de UP e IP, na prestação de cuidados às crianças com diversas patologias, realizei intervenções de enfermagem no sentido de adaptação parental à doença e ao regime terapêutico. Tive ainda nestes serviços oportunidade de realizar encaminhamento de algumas crianças para recursos comunitários.

Realizei estas intervenções de enfermagem no sentido de diagnosticar e intervir nas doenças comuns que possam afetar a qualidade de vida da criança/jovem, implementando respostas de enfermagem apropriadas (através da mobilização de conhecimentos e saberes) e caso necessário realizar o encaminhando as crianças para outros profissionais, segundo o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2011^o).

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

Na Urgência Pediátrica contatei também com uma criança de 5 anos que apresentou um episódio de paragem cardiorrespiratória que necessitou de uma rápida resposta de toda a equipa. No decorrer deste episódio, colaborei com a equipa na prestação de cuidados a esta criança. Esta situação foi de grande aprendizagem no reconhecimento e prestação de cuidados em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte da criança/jovem.

Na minha prática de prestação de cuidados na neonatologia mobilizei recursos para cuidar do recém-nascido prematuro e família em situações de particular exigência,

estabelecendo uma parceria de cuidar promotora da parentalidade. Prestação destes cuidados a um recém-nascido com instabilidade fisiológica devido à prematuridade e um recém-nascido com o diagnóstico de defeito completo do septo auriculoventricular que apresentava instabilidade das suas funções vitais. Estas prestações de cuidados de especial complexidade foi exigente e permitiu-me desenvolver conhecimentos sobre um largo espectro de saberes especialmente no que toca à ventilação invasiva neonatal. Prestei cuidados apropriados em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, mobilizando conhecimentos e habilidades para uma rápida intervenção e realizei suporte avançado de vida pediátrico, de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2001^c).

Vários períodos de estágio no IP e UCSP permitiram-me refletir sobre a gestão da dor no bem-estar da criança, tendo por base os princípios teóricos e por base o guia das boas práticas (Ordem dos Enfermeiros, 2010^b, Ordem dos Enfermeiros, 2013). Saliento que, na prestação de cuidados de enfermagem pediátricos, o controlo da dor assume-se como um dever e um indicador de boa prática. Sendo este o 5º sinal vital é imprescindível diagnosticar, avaliar, intervir e registar. No contexto do IP, realizei a avaliação da dor utilizando escalas de acordo com o utente pediátrico a Escala de “OPS”, a escala “FACES” e a escala “FLACC”. Na prestação de cuidados relacionados com a vacinação, especialmente em lactentes e crianças pré-escolares foi dada prioridade à gestão da dor e do bem-estar. Nos lactentes, expliquei aos pais a importância da chucha/objeto de conforto e da contenção como medida não farmacológica na gestão da dor. Nas crianças pré-escolares expliquei a estas o procedimento que iria realizar encorajando-as a expressarem medos e receios, demonstrei o funcionamento dos materiais a utilizar, envolvi o acompanhante da criança no procedimento expliquei num boneco o procedimento. De acordo com as competências do enfermeiro EESCJ (Ordem dos Enfermeiros, 2011^c), desenvolvi esta competência, especialmente, na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, garantindo a gestão de medidas não farmacológicas de combate à dor.

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

Na prestação de cuidados diretos à criança/jovem, na urgência pediátrica, no internamento de pediatria e na UCSP, priorizei igualmente a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil especialmente segundo a escala de avaliação do

desenvolvimento *Mary Sheridan* modificada assim como a realização de intervenções antecipatórias e de encaminhamento precoce. De entre estas intervenções, saliento a avaliação do desenvolvimento segundo a escala de *Mary Sheridan* modificada realizada na consulta de enfermagem da UCSP a uma criança de 6 meses e documentando-a. Tendo em conta a importância de consulta de enfermagem na avaliação e intervenção infantil, Nunes & Gomes (2006) acrescentam que a consulta de enfermagem prioriza a atenção à saúde da criança de forma global e integral, no crescimento físico, biopsicossocial e espiritual em contexto familiar. Reflito que estes são momentos privilegiados, únicos, para o enfermeiro EESCJ, de contacto e partilha com a criança e unidade familiar.

A realização destas avaliações permitiu-me o desenvolvimento de habilidades e capacidades na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, especialmente segundo a escala de avaliação do desenvolvimento *Mary Sheridan* modificada, e possibilitou o desenvolvimento de competências de comunicação com a criança e família para a promoção do melhor estado de saúde possível e intervenção precoce na unidade familiar. Estas intervenções permitiram-me a mobilização de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, a avaliação do crescimento e desenvolvimento a criança e jovens, a transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil, segundo o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2011^c) e pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direcção-Geral de Saúde, 2013^a).

Na prestação de cuidados promovi as competências parentais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros através de intervenções de enfermagem, das quais saliento a promoção e incentivo à prestação de cuidados parentais nos cuidados de higiene, alimentação/amamentação, cuidados de protecção da pele e tegumentos, eliminação vesical e fecal, promoção do vínculo afetivo e emocional como a realização de contacto pelo com pele. Realizei documentos de educação parental de promoção das competências parentais, especialmente o manual do aleitamento materno no IP e o guia parental intitulado “*Ser pai e mãe de um bebé prematuro*” no contexto de Cuidados Intermédios Neonatais.

Constato a importância destas intervenções de enfermagem no apoio e estimulação do desenvolvimento de competências parentais. Segundo Rodrigues (2010) o enfermeiro tem um papel preponderante no processo de transição, especialmente na transição para a parentalidade através da assistência realizada e educação parental

fornecida. Na prestação de cuidados, foram, por isso, tidos em conta os diferentes processos de transição para a parentalidade vivenciados por cada família, sendo esta transição para a parentalidade avaliada segundo as Teorias de médio alcance de Mercer e Meleis.

Na UP colaborei na realização de uma sessão de educação para a saúde a um grupo de pais inserida no projeto *“vida saudável”* do serviço de UP sobre o aleitamento materno e alimentação saudável, no IP desenvolvi um manual de aleitamento materno baseado nas diretrizes da UNICEF no sentido de promover as competências parentais de AM. Esta intervenção vai de encontro ao defendido por Meleis (2010, 2012) que refere que na intervenção terapêutica de enfermagem deve existir uma suplementação em papel às intervenções terapêuticas de enfermagem realizadas. Esta suplementação foi realizada no sentido de providenciar uma educação parental que ajudasse a unidade familiar a desenvolver as competências parentais no AM.

Na prestação de cuidados, nos diferentes contextos de estágio, promovi o aleitamento materno através de intervenções como: observação da mamada, do comportamento materno durante a amamentação, providenciar material de apoio sobre o aleitamento materno, incentivar o aleitamento materno, incentivar a lactação, a estimulação da lactação e da realização de educação parental sobre estimulação, recolha, armazenamento e transporte do leite materno. Estas intervenções vão de encontro ao defendido no estudo produzido por Graça (2010), que salienta que o sucesso de amamentação passa por valorizar as capacidades maternas para a gestão da experiência de amamentação, a valorização da relação mãe-filho, a auto realização da mulher e as capacidades desta. É também neste sentido que segundo Mercer (1995, 2004), tornar-se mãe é também considerar a experiência de amamentação como determinante com impacto a nível individual, familiar e coletivo sendo as fases antecipatórias (gravidez) e formal (iniciada com o nascimento do filho) fulcrais para a intervenção dos profissionais. Com todas estas intervenções promovi a vinculação de forma sistemática, avaliando o desenvolvimento da parentalidade, promovendo o comportamento interativo recém-nascido/pais, promovendo a amamentação, utilizando estratégias para promover o contacto pais/recém-nascido e negociando o envolvimento parental nos cuidados de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, (2011^o).

No âmbito da minha prática de prestação de cuidados lidei com unidades familiares pertencentes a diferentes culturas, pelo que para prestar cuidados culturalmente

sensíveis realizei pesquisas sobre essas mesmas culturas e recolhi informações junto dos pais e enfermeiros. A mobilização desta gama de conhecimentos e saberes ajudou-me à compreensão da cultura e da sua influência na vivência da parentalidade e do AM na unidade familiar. Saliento que é através do respeito por esta que conseguimos ter intervenções eficazes, eficientes na aquisição de competências parentais (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2011). Na realização do jornal de aprendizagem nos Cuidados Intensivos Neonatais refleti que na facilitação da transição para a parentalidade é fundamental o apoio e respeito pela cultura. Hockenberry, Wilson & Winkelstein (2011) salientam a importância do aumento da competência cultural na prática de enfermagem. Estes autores salientam as intervenções de compreensão e respeito pela influência da cultura, raça e etnicidade, respeito pelas práticas culturais e adaptação das práticas étnicas às necessidades de saúde da família.

No que respeita à comunicação, demonstrei possuir capacidades comunicativas com a família tendo em conta as suas crenças e cultura. No exemplo que relatei no jornal de aprendizagem apercebi-me que na prestação de cuidados o papel parental sofre influências sociais, emocionais, familiares e culturais. Enquanto enfermeira devo compreendê-los, para tal demonstrei comportamentos para favorecer a relação de ajuda, promovi um ambiente calmo e tranquilo para favorecer a expressão de sentimentos, angústias, medos, receios, relativos à vivência da parentalidade. Saliento que em Neonatologia realizei uma comunicação clara e direta, registando a informação oral transmitida com informação escrita (entrega de panfletos) e a realização de um diário do bebé (com um livro próprio para o efeito existente no serviço). Meleis (2010) refere que um papel fundamental da enfermagem é ajudar as pessoas a vivenciarem as transições. A razão por considerar esta uma área importante para enfermagem é o facto de as pessoas que vivenciam transições se tornarem mais vulneráveis a riscos que podem afetar a saúde e o bem-estar. A comunicação tem aqui um papel fundamental de facilitação do processo de transição uma vez que me permite ter acesso à informação subjetiva da pessoa para poder ajudar na vivência da transição. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2002) a intervenção do enfermeiro deve incidir em informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades e competências parentais.

A comunicação é uma importante unidade de competência do enfermeiro EESCJ, na qual o enfermeiro especialista deve comunicar com a criança e família de acordo com

o estadio de desenvolvimento e faixa etária, demonstrando técnicas apropriadas (Diário da República, 2011). Segundo Hockenberry, Wilson & Winkelstein (2011) as técnicas de comunicação incluem técnicas verbais e não-verbais. Das técnicas verbais saliento a técnica da terceira pessoa, os três desejos, as respostas facilitadas e contar histórias. Das técnicas de comunicação não-verbal saliento, o escrever, o desenhar e a brincadeira. Deste modo, na UCSP comuniquei com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento. O domínio destas técnicas de comunicação efetiva com os pais e a criança foram competências que tive oportunidade de desenvolver especialmente nas consultas de enfermagem que realizei a lactentes e Toddlers. Saliento que nos lactentes as técnicas de comunicação que realizei na consulta de enfermagem prendem-se com envolver os pais na avaliação do desenvolvimento e manter os pais ao alcance da vista do lactente. No gabinete de vacinação e tendo em conta o lactente, expliquei aos pais a importância de durante o procedimento doloroso (vacinação) compensar o desconforto com a chucha ou outros objetos de conforto, expliquei aos pais que durante um procedimento doloroso a criança vai chorar pois este é o seu mecanismo de defesa e incentivei os pais a consolarem o lactente após o procedimento. Os Toddlers experimentam um egocentrismo, portanto nas crianças nesta faixa etária direcionei a comunicação na consulta/vacinação para elas. Na vacinação expliquei à criança o procedimento dizendo-lhe que podia chorar, utilizei a técnica de distração com um brinquedo presente e dei indicações curtas de cada vez. Realizei intervenções na mobilização de conhecimentos técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família, relacionei-me com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, realizei a adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem segundo o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2011^c).

De acordo com as competências de enfermeiro EESCJ realizei uma descrição e análise destas em relação ao percurso formativo efetuado. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011^a), no regulamento das competências comuns do enfermeiro EESCJ estas são as seguintes:

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Nas competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, demonstrei tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada, realizando reflexões críticas da prática de cuidados à luz dos princípios,

valores e normas deontológicas e à luz do processo de tomada de decisão presente nos diários de aprendizagem e nas sínteses reflexivas. Para tal, saliento o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros como recurso importante na realização destas reflexões.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No que toca às competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011^a), especificamente as relativas ao domínio da melhoria contínua da qualidade, desempenhei um papel de suporte nas iniciativas de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem naquele contexto. Contribuí para uma melhoria da qualidade dos cuidados através da realização de um protocolo de aleitamento materno para a unidade de Neonatologia, tendo em conta as necessidades de melhoria da qualidade dos cuidados com vista à reavaliação da creditação como um Hospital Amigo dos Bebés, por parte da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés. Já após o término do estágio o protocolo foi incluído nas normas e procedimentos da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais no apoio ao AM. A avaliação da creditação terá lugar no mês de junho de 2015.

Competência do domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados e tendo em conta as competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011^a), foi-me possível o acompanhamento e realização de intervenções de enfermagem relacionadas com a área de gestão, com a enfermeira chefe/coordenadora, nos diferentes contextos onde realizei o Estágio, nomeadamente na gestão dos cuidados e recursos otimizando a resposta da equipa de enfermagem e articulando com a equipa multidisciplinar.

Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Nas competências desenvolvidas neste domínio saliento as intervenções de reflexão das práticas de cuidados patentes em todos os contextos de estágio através da elaboração de diários de aprendizagem e sínteses reflexivas de modo a basear a praxis clínica na mobilização e integração de padrões de conhecimentos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste percurso que agora culmina neste relatório assumiu-se como uma etapa importante, contribuindo para uma reflexão ao nível pessoal e profissional, que me permitirá uma intervenção mais estruturada e sistematizada a nível futuro. No decorrer deste relatório cada atividade realizada foi refletida e contextualizada e traduz o que se considerou como tendo significado para o que é defendido como o agir do enfermeiro especialista EESCJ. Pode-se afirmar que os objetivos específicos inicialmente propostos para este percurso foram reformulados tendo em conta as especificidades dos locais de estágio, sendo no entanto, integralmente cumpridos.

A temática transversal a todo este percurso são as competências parentais de AM, no entanto foi tida em conta a pertinência da sua realização em cada contexto de estágio, interligando do melhor modo possível, a sua pertinência com os objetivos definidos.

A enfermagem ao intervir em situações de transição devolve o cuidado, no sentido em que mobiliza estratégias que conduzem à manutenção da saúde, da harmonia e do equilíbrio da pessoa. Em enfermagem, o cuidado humanizado e holístico fortalece a estabilidade da criança e família o que promove a qualidade e integração dos cuidados desenvolvidos. Neste sentido Meleis (2010, 2012), acredita que o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem deve ser orientado em direção a intervenções terapêuticas de enfermagem no processo de transição. Esta autora conceptualizou três medidas de intervenção terapêutica em enfermagem, a avaliação da prontidão para a mudança, a preparação para a transição (educação) e a suplementação desta educação em formato escrito. Foi neste âmbito que, nos contextos de estágio, assumi um papel na promoção de comportamentos que visassem a aquisição de competências parentais no aleitamento materno, prestando para tal cuidados que maximizassem a saúde da criança/jovem, implementando e gerindo um plano promotor da parentalidade, assim como prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem, especialmente promovendo o AM e a vinculação de forma sistemática em recém-nascidos com necessidades especiais, de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2011^o).

Durante este percurso formativo, demonstrei um percurso especializado no sentido do desenvolvimento profissional baseando o meu agir à luz dos princípios, valores e normas deontológicas que regem a profissão.

Nas intervenções de enfermagem mobilizei os quadros teóricos e conceitos relativos à transição para a parentalidade, aleitamento materno e prematuridade. A mobilização destes saberes aliados à prática clínica possibilitou-me uma abordagem e intervenções mais abrangentes, humanas e holísticas na promoção das competências parentais de AM em pais de recém-nascidos prematuros. O distanciamento e a reflexão permitiu-me ser capaz de agir com pertinência neste âmbito mas também ser capaz de compreender e analisar o meu agir.

De uma forma global este percurso contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Levo contributos inegáveis para o meu exercício profissional e para o meu contexto de trabalho. Saliento especialmente a importância da promoção de apoio parental (comportamental, cognitivo e emocional), a promoção do contacto físicos precoce pais/recém-nascido prematuro, a promoção do aleitamento materno na prematuridade e incentivo à prestação de cuidados parentais ao recém-nascido prematuro. Esta aquisição de conhecimentos práticos e teóricos permitir-me-á no grupo de Aleitamento Materno, de que faço parte, uma intervenção mais ativa e sustentada na promoção do aleitamento materno em Neonatologia. As sugestões de melhoria vão no sentido do desenvolvimento de projetos futuros que fomentem uma prática reflexiva que ajude a desenvolver mais as competências profissionais aqui alcançadas. Sendo este trabalho um motor impulsionador de melhorias na qualidade dos cuidados de enfermagem no cuidar a criança/jovem e sua família.

Em suma, saliento o desejo de que este percurso não seja o fim de uma etapa mas o início de uma no meu exercício profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academy of Breastfeeding Medicine (2011). ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm Infant. *BREASTFEEDING MEDICINE*. 6 (3), 151-156. DOI: 10.1089/bfm.2011.9990.

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.

Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Referência*, 6, 53-59.

Alessandrini, C. (2002). O desenvolvimento de competências e a participação pessoal na construção de um novo modelo educacional. In Perrenoud, P., Thurler, M., Macedo, L., Machado, N. & Alessandrini, C. (Eds). *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Alligood, M. & Tomey, A. (2010). *Nursing Theorists and their work*. (7th ed.) Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.

Almeida, J. & Novak, F. (2004). Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria* (Rio de Janeiro). 80 (5), 119-125. Acedido a 15-12-2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02>

Alves, S. (2011). *Grupos de apoio "Mãe para Mãe": Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde*. Universidade do Minho. Dissertação de Mestrado. Braga. Acedido a 02-02-2015. Disponível em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19683/1/Sandrina_Maria_Araújo_Lopes_Alves.pdf

Araújo, R. & Almeida, J. (2007). Aleitamento materno o desafio de compreender a vivência. *Rev. Nutr.* 20(4), 431-438. Acedido a 02-02-2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n4/10.pdf>

Bayle, F. (2005). A parentalidade. *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Editora Fim de Século.

Barros, L. (2001^a). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In Canavarro, M. (Ed) *Psicologia da Gravidez e Maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Barros, L. (2001^b). O bebé nascido em situação de risco. In Canavarro, M. (Ed) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Bartick, M. & Reinhold, A. (2010). The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: A pediatric cost analysis. *Pediatrics*, 125(5), 1048–1056. Acedido a 24-02-2015. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2010/04/05/peds.2009-1616.abstract>

Bliss (2012). *The best start: A guide to expressing and breastfeeding your premature baby*. Acedido a 10-01-2015. Disponível em <http://www.bliss.org.uk/Shop/the-best-start-a-guide-to-expressing-and-breastfeeding-your-premature-baby>

Brazelton, T. & Cramer, B. (1989). *A Relação mais precoce – os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T. & Sparrow, J. (2007). *The Touchpoints model of development*. Acedido a 10-10-2014. Disponível em http://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf

Brazelton, T. (2013). *O grande livro da criança*. (7^a edição). Lisboa: editorial presença.

Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Canavarro, M. C. & Pedrosa, A. (2005). Transição para a Parentalidade – Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século Edições.

Collière, M. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. (2ª ed). Loures: Lusociência.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. CIPE versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Cowan C. & Cowan, P. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44, 412-423. Acedido a 24-01-2015. Disponível em <https://www.questia.com/library/journal/1P3-9056265/interventions-to-ease-the-transition-to-parenthood>

Cunha, M. (2000). Recém-nascidos hospitalizados: a vivência dos pais e mães. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 21, 70-83. Acedido a 24-02-2015. Disponível em https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=764

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.

Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: LivPsic.

Dadam, S. (2011). *Programa de orientação para a parentalidade: avaliação da sua importância e momento adequado de aplicação: Portugal-Brasil*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Tese de mestrado. Coimbra. Acedido a 12-12-2014. Disponível em [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18742/1/Tese Final.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18742/1/Tese%20Final.pdf)

Dias, M.M. (2006). Uma escuta psicanalítica em neonatologia. In: Melgaço, R.G. *A ética na atenção ao bebé: Psicanálise, Saúde e Educação*, São Paulo: Casa do Psicólogo.

Direção-Geral de Saúde (2012). *Registo do Aleitamento Materno. Relatório julho de 2010 a junho de 2011*. Acedido a 12-12-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-do-registo-do-aleitamento-materno-julho-de-2010-a-junho-2011-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2013^a). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido a 13-10-2014. Disponível em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/CRSMCA/PNSIJ_2013.pdf

Direcção-Geral da Saúde (2013^b). *Programa Nacional para a Alimentação Saudável*. Acedido a 20-10-2014. Disponível em http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113

Direção-Geral de Saúde (2014). *Portugal Alimentação saudável em números 2014*. Acedido a 12-12-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-alimentacao-saudavel-em-numeros-2014.aspx>

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.

Duarte, S. (2007). *O Modelo Touchpoints: O nascimento da relação em conjunto com os pais. A utilização do modelo e a sua relação com as representações maternas da parentalidade, estilos de vinculação maternos e interacção. Diferenças ou semelhanças*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Tese de Mestrado. Lisboa.

El-Nagar, S., Lawend, J. & Mohammed, H. (2013). Impact of Neonatal Nurses' Guidelines on Improving Their Knowledge, Attitude and Practice Toward Kangaroo Mother's Care. *Journal of Natural Sciences Research*. 3(7), 175-186. Acedido a 12-02-2015. Disponível em <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JNSR/article/view/6422>

Fernandes, L., Tavares, M., Fernandes, O. & Pereira, C. (2011). EMPOWERMENT: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*. 267. Acedido a 23-11-2014. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.VRAAnGxybIU>

Flacking, R., Ewald, U. & Wallin, L. (2011). Positive efect of Kangaroo Mother Care on long term breastfeeding in very preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 40(2), 190-197. DOI:10.1111/j.1552-6909.2011.01226.x.

Fonseca, L., Leite, A., Vasconcelos, M., Castral, T.& Scochi, C. (2007). Cartilha educativa on line sobre os cuidados com o bebê pré-termo: aceitação dos usuários. *Ciênc Cuid Saúde*. 6(2), 238-244. Acedido a 12-12-2014. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4171>

França, G., Bruken, G., Silva, S., Escuder, M. & Venancio, S. (2007). Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá. *Rev. Saúde Pública*. 41(5), 711-718. Acedido a 12-01-2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000500004&script=sci_arttext

Gaíva, M. & Medeiros, L. (2008). Lactação insuficiente: uma proposta de atuação do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 5(2), 255-262. Acedido a 12-01-2015. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/5089/3301>

Geyer, J. (2012). Guidelines to Enhance Successful Breast-feeding. *Pediatric Nursing Research Committee*. Acedido a 03-01-2015. Disponível em <http://www.uichildrens.org/childrens-content.aspx?id=233962>

Goldstein, R. (2012). Developmental Care for Premature Infants: A State of Mind. *Pediatrics*. 129(5), 1322-1323. Acedido a 12-12-2014. Disponível em <http://www.pediatrics.aappublications.org/content/129/5/e1322.full.pdf>

González, C. (2009). *Comer, Amar, Mamar*. Madrid: Temasdehoy.

Graça, L. (2010). *Contributos da Intervenção de Enfermagem na Promoção da Transição para a Maternidade e do Aleitamento Materno. Um estudo quasi-experimental*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento. Lisboa.

Graça, L., Figueiredo, M. & Conceição, M. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 19(2). Acedido a 22-11-2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_27.pdf

Gunter, J. (2010). *The Preemie Primer: A Complete Guide for Parents of Premature Babies-From Birth Through the Toddler Years and Beyond*. Cambridge: Da Capo Press.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem, pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8ª ed.) Rio de Janeiro: Editora Elsevier.

Hothersall, D. (2006). *História da psicologia moderna*. São Paulo-SP: McGraw-Hill.

Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In L. Solis-Ponton, & M. C. P. Silva (Orgs.), *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Instituto Nacional de Estatística (2013). *Estatísticas Demográficas 2013*. Acedido a 10-02-2015. Disponível em http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=222444863&att_display=n&att_download=y

Isaccson, L. (2006). Steps to Successfully Breastfeed the Premature Infant. *Neonatal Network*. 25(2), 77-86. Acedido a 20-11-2014. DOI:10.1891/0730-0832.25.2.77.

Janisse, H., Barnett, D., & Nies, M. (2009). Perceived energy for parenting: a new conceptualization and scale. *Journal of Child Family Studies*, 18(3), 312-323. Acedido a 20-01-2015. Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10826-008-9232-z>

Jones, Liz (2008). *Principles to promote the initiation and establishment of lactation in the mother of a preterm or sick infant*. Acedido a 11-01-2015. Disponível em https://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Research/Liz_Jones_article_full.pdf?epslanguage=en

Jorge, A. (2004). *A Família e a Hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Junqueira, V.R. (2011). *Aleitamento Materno: factores de abandono*. Universidade Fernando Pessoa. Projeto de investigação para obtenção do grau de Licenciatura. Porto. Acedido a 12-11-2014. Disponível em http://www.bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2775/3/T_18130.pdf

Knowles, M. (1980). *The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy*. Cambridge: Englewood Cliffs.

Knowles, M. (1990^a). *The adult learner: a neglected species*. (4 ed.) Houston: Gulf.

Knowles, M. (1990^b). *Andragogy in action*. San Francisco: Jossey-Bass.

Le Boterf, G. (2005). *Construir as Competências Individuais e Coletivas*. Alfragide: Edições ASA.

Lei 7/2009 de 18 de Março (2009). *Código do trabalho*. Acedido 20-11-2014. Disponível em http://drapl.gov-madeira.pt/legislacao/parentalidade_CT.htm

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*.

Liladar, C. & Carvalho, T. (2010). *Curso de Aconselhamento em Alimentação do Lactente e da Criança Pequena*. Lisboa: Bayer Healthcare.

Linden,D., Doron, M. & Paroli, E. (2010). *Preemies: The essential guide for parents of premature babies*, (2nd ed.). New York: Galery Books

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª Edição), Loures: Lusociência.

Macedo, L. (2002). Situação-problema: forma e recurso de avaliação, desenvolvimento de competências e aprendizagem escolar. In Perrenoud, P., Thurler, M., Macedo, L., Machado, N. & Alessandrini, C. (Eds). *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Magalhães, S., Barbieri-Figueiredo, M. & Sousa, P. (2014). A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança. I Jornadas do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria – Livro de Resumos. Porto: Seabra e Tavares.

Martins, C. (2013). *A Transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem*. Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Lisboa.

Meier, P., Engstrom, J., Patel, A., Jegier, B. & Bruns, N. (2010). Improving the use of human milk during and after the NICU stay. *Clinics Perinatology*. 37, 217–245. Acedido a 12-12-2014. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859690/>

Meighan, M. (2004). Ramona T. Mercer: Consecução do papel maternal. In Tomey, A., Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5ªed. Loures: Lusociência.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A., Sawyer, LM, Im, EO, Hilfinger Messias, D.K & Schumacher K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. Acedido a 22-12-2014. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_transitions_an_emerging_middle-range_theory

Mercer, R. (1995). *Becoming mother: research on maternal identity from Rubin to the presente*. New York: Springer. Acedido a 15-12-2014. Disponível em <http://runup57.360-help.net/save/b/becoming-a-mother-research-on-maternal-identity-from-rubin-uomdsq1.pdf>

Mercer, R. (2004). Becoming mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. 36(3), 226-232. Acedido a 15-12-2014. DOI:10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x.

Mercer, R. & Ferketich, S. (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advanced Nursing*. 15(3), 268-280. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01813.x.

Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 35(5), 568-582. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x

Mezomo, J.C. (2001). *Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos*. S. Paulo: Manole.

Ministério da Saúde (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010- orientações estratégicas*. Acedido a 12-12-2014. Disponível em http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_orientaesestratgicas.pdf

Naidoo, J., Wills, J. (1994). *Health promotion: foundations for practice*. Royal College of Nursing: London.

National Association of Neonatal Nurses. (2013). *Infant-directed oral feeding for premature and critically ill hospitalized infants: Guideline for practice*. Acedido a 17-11-2014. Disponível em <http://apps.nann.org/Store/ProductDetails.aspx?productId=1416099>

National Association of Neonatal Nurses (2014). *Baby Steps to Home: A Guide to Prepare NICU Parents for Home*. Acedido a 25-11-2014. Disponível em <http://Babystepstohome.com/nicu-discharge-module.pdf>

Nogueira, S. M. (2007). A andragogia: que contributos para a prática educativa? Andragogy: contributions to educational practice? *Linhas*, 5(2). Acedido a 19-11-2014. Disponível em <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/download/1226/1039>

Nunes C. & Gomes R. (2006). Avaliação do Desenvolvimento Infantil na Consulta de Enfermagem Pediátrica. *Ensaio e Ciência*. 10(1), 223-237. Acedido a 15-11-2014. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/260/26012756020.pdf>

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro – dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Nyström, K. & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 46(3), 319-330. DOI:10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x.

Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*, Loures: edições Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Acedido a 25-01-2015. Disponível em <http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010^a). *Parecer Nº 267/2010 Assunto: Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista, no Momento Atual*. Lisboa: Ordem do Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010^b). *Guias Orientadores de Boa Prática de Saúde Infantil e Pediatria. Serie I. 1(3)*. Acedido a 12-12-2014. Disponível em: http://www.ordemdosenfermeiros.pt/publicações/Documentos/GuiaOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011^a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 12-12-2014. Disponível em http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0864808653.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011^b). *Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE*. Acedido a 12-12-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaanalise.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2011^c). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Criança e Jovem*. Acedido a 12-12-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 15-11-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Série I. Nº6. Acedido a 12-01-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

Palmer, A. (1997). *Reflective practice in Nursing the growth of the professional practitioner*. Oxford: Blackwell Publications.

Pereira, M. (2006). *Aleitamento materno: a importância da correção da pega no sucesso da amamentação*. Loures. Lusociência.

Piccinini, C.A., Silva, M.R., Gonçalves, T.R. & Lopes, R.S. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 17(3), 303-314. Acedido a 14-11-2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000300003

Pimenta, H., Moreira, M., Rocha, A., Gomes, Jr., Pinto, L. & Lucena, S. (2008). Effect of non-nutritive sucking and oral stimulation on breastfeeding rates of preterm, low birth weight infants: a randomized clinical trial. *J Pediatr (Rio J)*. 84(5), 423-427. Acedido a 14-11-2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n5/en_v84n5a08.pdf

Pinelli, J., Atkinson, S. & Saigal, S. (2001). Randomized trial of breastfeeding support in very low-weight infants. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 155(5), 548-553. Acedido a 10-10-2014. Disponível em <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=190615>

Ramos, C. V. & Almeida, J. A. (2003). Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 3 (3), 315-321. Acedido a 10-10-2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292003000300010&script=sci_arttext

Redondeiro, M. (2003). *O quotidiano hospitalar da criança. Constrangimentos e possibilidades de desenvolvimento*. Universidade do Minho. Tese de Mestrado. Braga. Acedido a 14-11-2014. Disponível em https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7992/1/Dissertação_EmíliaRedondeiro.pdf

Renfrew, M., Craig, D., Dyson, L., McCormick, F., Rice, S., King, S. ...Williams, A. (2009). Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess*. 13(40). Acedido a 11-02-2015. Disponível em www.journalslibrary.nihr.ac.uk/___data/assets/.../FullReport-hta13400.pdf

Rocha N., Martinez F. & Jorge S (2002) Cup or bottle for preterm infants: efectes on oxygene saturation, weight, gain and breastfeeding. *J Hum Lact*. 18(2),132-138. Acedido a 14-11-2014. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/11339611_Cup_or_bottle_for_preterm_infants_effects_on_oxygen_saturation_weight_gain_and_breastfeeding

Rodrigues, S. (2010). *Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado. Aveiro. Acedido a 10-10-2014. Disponível em <http://ria.ua.pt/handle/10773/1416>

Saraiva, H. (2010). *Aleitamento materno, promoção e manutenção*. Lisboa: Lidel.

Sears, W., Sears, R., Sears, J., Sears, M. (2004). *The Premature Baby Book: Everything You Need to Know About Your Premature Baby from Birth to Age One*. (1 edition). New York: Little, Brown and Company.

Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiatria*. (13ª edição), Porto Alegre: Artes Médicas.

União Europeia (2004). *Proteção, Promoção e Suporte ao Aleitamento Materno na Europa: um projeto em Ação*. Acedido a 10-05-2014. Disponível em <http://www.iblce-rope.org/Download/Blueprint/Blueprint/Portuguese.pdf>

UNICEF. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF:Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

UNICEF UK (2010). *Feeding a preterm*. Acedido a 11-02-2015. Disponível em <http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Health-Professionals/Care-Pathways/Breastfeeding2/>

Vianna, M., Barbosa, A., Carvalhaes, A. & Cunha, A. (2011). Music therapy may increase breastfeeding rates among mothers of premature newborns: a randomized controlled trial. *J Pediatr (Rio J)*. 87(3), 206-212. Acedido a 10-12-2014. Disponível em http://www.scielo.br/jped/v87n3/en_a05v87n03.pdf.

Victória, C., Knauth, D. & Hassen, M. (2000). *Pesquisa Qualitativa em Saúde: Introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo editora.

Zaichkin, J. (2010). *Newborn Intensive Care: What Every Parent Needs to Know*, (3rd Ed.). Ann Harbor: American Academy of Pediatrics.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma de Estágio

[illegible]

APÊNDICE II

Objetivos específicos e atividades para cada local de estágio

❖ Urgência Pediátrica

Analisar critérios de construção de diagnósticos de enfermagem e de resultados de enfermagem relacionados com o foco papel parental e amamentação, com recurso à taxonomia CIPE	
Atividades	Realização de consulta e pesquisa bibliográfica sobre as temáticas (Parentalidade, Aleitamento Materno e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)
	Realização de consulta de documentação existente no serviço sobre os critérios de construção de diagnósticos de enfermagem e de resultados de enfermagem relacionados com o foco papel parental e amamentação (CIPE)
	Realização de uma reunião com a enfermeira chefe sobre os critérios de construção de diagnósticos de enfermagem e de resultados de enfermagem relacionados com o foco papel parental e amamentação (CIPE)
	Participação na prestação de cuidados de enfermagem relacionados com os focos amamentação e papel parental e sua documentação com recurso à taxonomia CIPE
	Reflexão sobre as atividades desenvolvidas e sua relação com a aquisição de competências de enfermeira EESCJ
Promover a reflexão crítica dos enfermeiros sobre o desenvolvimento de competências parentais integrada no desenvolvimento da parentalidade	
Atividades	Realização de uma reunião com a enfermeira chefe no sentido de identificar a pertinência da realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho com a equipa de enfermagem sobre o desenvolvimento das competências parentais
	Planeamento, execução e avaliação de sessão de formação
	Reflexão sobre as atividades desenvolvidas e sua relação com a aquisição de competências de enfermeira EESCJ

Colaborar com os enfermeiros da Urgência Pediátrica no desenvolvimento de competências parentais na amamentação	
Atividades	Realização de uma reunião com a enfermeira chefe no sentido de identificar a pertinência da realização de uma sessão educação parental em grupo no âmbito do aleitamento materno
	Planeamento, realização e execução de uma sessão de educação parental sobre o aleitamento materno
	Avaliação na sessão de educação parental
	Reflexão sobre as atividades desenvolvidas e sua relação com a aquisição de competências de enfermeira EESCJ
Desenvolver conhecimentos, capacidades e habilidades de acordo com as competências de enfermeira EESCJ na Urgência Pediátrica	
Atividades	Prestação de cuidados a crianças e jovens com situações de doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, utilizando a metodologia do processo de enfermagem
	Participação em ações de formação consideradas pertinentes para o desenvolvimento das competências de enfermeiro EESCJ
	Reflexão sobre as atividades desenvolvidas e sua relação com a aquisição de competências de enfermeira EESCJ
Avaliar o meu processo de tomada de decisão e perspetivar o meu papel como enfermeiro EESCJ	
Atividades	Realização de diários de aprendizagem
	Elaboração de uma síntese reflexiva relativa ao percurso formativo e sua relação com o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista

❖ Internamento de Pediatria

Analisar critérios de construção de diagnósticos de enfermagem e de resultados de enfermagem relacionados com o foco Papel Parental e Amamentação, com recurso à taxonomia CIPE	
Atividades	Realização de consulta e pesquisa bibliográfica sobre a temática (Parentalidade, Aleitamento Materno e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)
	Realização de consulta de documentação existente no serviço sobre os critérios de construção de diagnósticos de enfermagem e de resultados de enfermagem relacionados com o foco papel parental e amamentação (CIPE)
	Participação na prestação de cuidados de enfermagem relacionados com os focos amamentação e papel parental e sua documentação com recurso à taxonomia CIPE
	Reflexão sobre as atividades desenvolvidas e sua relação com a aquisição de competências de enfermeira EESCJ
Desenvolver atividades de educação parental no âmbito do desenvolvimento de competências parentais na amamentação	
Atividades	Realização de uma reunião com a enfermeira chefe no sentido de identificar a pertinência da realização de documentos de educação parental no aleitamento materno
	Elaboração de um Manual de Aleitamento Materno para pais
	Reflexão sobre as atividades desenvolvidas e sua relação com a aquisição de competências de enfermeira EESCJ

Desenvolver outras capacidades e habilidades no âmbito das competências de enfermeiro EESCJ	
Atividades	Realização de prestação de cuidados a crianças e jovens, avaliando o desenvolvimento infantil, adequando a linguagem ao estadio de desenvolvimento e aplicando medidas não farmacológicas no combate à dor
	Apreciação e diagnóstico das situações de saúde das crianças e jovens e da sua necessidade de cuidados
	Prestar cuidados às crianças e suas famílias, documentando os cuidados prestados segundo a linguagem CIPE
	Reflexão sobre a tomada de decisão através da realização de um estudo de caso
	Reflexão sobre as atividades desenvolvidas e sua relação com a aquisição de competências de enfermeira EESCJ
Avaliar o meu processo de tomada de decisão e o papel enquanto enfermeiro EESCJ	
Atividades	Realização de diários de aprendizagem
	Elaboração de uma síntese reflexiva relativa ao percurso formativo e sua relação com o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista

❖ Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Analisar critérios de construção de diagnósticos de enfermagem e de resultados de enfermagem relacionados com os focos Papel Parental e Amamentação, com recurso à linguagem CIPE	
Atividades	Realização de consulta e pesquisa bibliográfica sobre a temática (Parentalidade, Aleitamento Materno e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)
	Realização de uma consulta dos relatórios de atividades do grupo de trabalho Aleitamento Materno na construção de diagnósticos (CIPE) no serviço
	Realização de uma reunião com a enfermeira chefe sobre os critérios de construção de diagnósticos de enfermagem e de resultados de enfermagem relacionados com o foco papel parental e amamentação (CIPE)
	Participação na prestação de cuidados de enfermagem relacionados com os focos amamentação e papel parental e sua documentação com recurso à taxonomia CIPE
	Reflexão sobre as atividades desenvolvidas e sua relação com a aquisição de competências de enfermeira EESCJ
Avaliar o meu processo de tomada de decisão e o papel enquanto enfermeiro EESCJ	
Atividades	Realização de jornais de aprendizagem
	Elaboração de uma síntese reflexiva relativa ao percurso formativo e sua relação com o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista

❖ Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

Planejar e executar intervenções de enfermagem na promoção das competências parentais na amamentação de pais com bebês prematuros	
Atividades	Realização de consulta e pesquisa bibliográfica sobre a temática aleitamento materno e papel parental em pais de recém-nascidos prematuros na neonatologia
	Realização de uma reunião com a enfermeira chefe no sentido de identificar a pertinência da realização de documentos de educação parental no aleitamento materno e de um protocolo de enfermagem sobre o aleitamento materno
	Participação na prestação de cuidados de enfermagem relacionados com os focos amamentação e papel parental e sua documentação com recurso à taxonomia CIPE
	Realização de um guia para pais de bebês prematuros <i>intitulado “Ser pai e mãe de um recém-nascido prematuro”</i>
	Realização de um protocolo de enfermagem sobre o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros
	Reflexão sobre as atividades desenvolvidas e sua relação com a aquisição de competências de enfermeira EESCJ
Avaliar o meu processo de tomada de decisão e o papel enquanto enfermeiro EESCJ	
Atividades	Realização de jornais de aprendizagem
	Elaboração de uma síntese reflexiva relativa ao percurso formativo e sua relação com o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista

❖ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Promover com a equipa de enfermagem o desenvolvimento das competências parentais na amamentação integrada no desenvolvimento da parentalidade	
Atividades	Realização de consulta e pesquisa bibliográfica sobre a promoção das competências parentais na amamentação em cuidados de saúde primários
	Realização de uma reunião com a enfermeira chefe no sentido de identificar a pertinência da realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho com a equipa de enfermagem sobre o aleitamento materno
	Participação na prestação de cuidados de enfermagem relacionados com os focos amamentação e papel parental e sua documentação com recurso à taxonomia CIPE
	Planeamento, execução e avaliação de uma sessão de formação
	Reflexão sobre as atividades desenvolvidas e sua relação com a aquisição de competências de enfermeira EESCJ
Desenvolver com habilidades de avaliação do desenvolvimento Infantil, nomeadamente na avaliação da criança segundo uma escala de desenvolvimento	
Atividades	Realização de consulta e pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento infantil e a sua avaliação segundo escalas
	Realização de avaliação do desenvolvimento infantil segundo a escala de avaliação do desenvolvimento <i>Mary Sheridan</i> modificada
	Realização do <i>Poster</i> : Escala de avaliação do desenvolvimento de <i>Mary Sheridan</i> modificada
	Reflexão sobre as atividades desenvolvidas e sua relação com a aquisição de competências de enfermeira EESCJ
Avaliar o meu processo de tomada de decisão e o papel enquanto enfermeiro EESCJ	
Atividades	Realização de jornais de aprendizagem
	Elaboração de uma síntese reflexiva relativa ao percurso formativo e sua relação com o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista

APÊNDICE III

Planeamento de sessão de educação para a saúde



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

PLANEAMENTO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho nº5481

Lisboa

Outubro de 2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

PLANEAMENTO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho nº5481

Docente Orientador: Maria Teresa Magão

Lisboa

Outubro de 2014

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO	4
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO	5
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	8
4. CONCLUSÃO	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Sessão educação para a saúde aleitamento materno e alimentação saudável	

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular *Estágio com Relatório*, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, relativo ao contexto de Urgência Pediátrica, a decorrer entre 29/9/14 a 20/10/14. Tem como objetivo justificar a realização de uma sessão de educação para a saúde, relativa à temática do aleitamento materno e alimentação saudável, apresentação do seu planeamento e avaliação.

A realização desta sessão foi considerada pertinente pela enfermeira chefe e pela equipa de enfermagem. Esta sessão tem como grupo alvo os pais de crianças que se dirigirem às Urgências Pediátricas, visa a aquisição de conhecimentos para a adoção de comportamentos saudáveis no âmbito da alimentação infantil.

Na educação parental devem ser tidos em conta os princípios da educação de adultos. De acordo com estes princípios os adultos são responsáveis pelas suas aprendizagens, necessitam de saber o motivo pelo qual aprendem, aprendem melhor experimentalmente e aprendem melhor quando a temática tem aplicação prática (Knowles 1980, 1990^a,1990^b).

Este trabalho encontra-se estruturado em 4 capítulos: a Justificação da sessão, onde se encontra a pertinência da sua realização, o Planeamento da sessão, onde se encontram os objetivos e todo o planeamento para os alcançar, a Avaliação da sessão, onde é descrita como decorreu a avaliação deste momento e a Conclusão, onde realizo o balanço de toda a sessão.

1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO

No início foi realizada uma reunião com a enfermeira chefe do serviço de Urgência Pediátrica de modo a dar a conhecer os objetivos de estágio e a realizar o diagnóstico da situação em termos de educação parental sobre o desenvolvimento de competências parentais no aleitamento materno.

Através desta reunião, pude aperceber-me que os enfermeiros deste serviço tem um papel bastante ativo na educação para a saúde da comunidade que acede a este serviço. Este serviço apresenta um projeto “Vida Saudável”, realizando-se semanalmente às quartas-feiras uma sessão de educação em grupo, para colmatar as necessidades de educação parental. A temática da educação parental no âmbito do aleitamento materno foi considerada pertinente pela enfermeira chefe. A temática das competências parentais na amamentação já tinha sido abordada pela equipa de enfermagem, existindo *posters* informativos afixados. No entanto não tinha ainda sido realizada qualquer sessão de educação em grupo, sendo um ponto a colmatar, pelo que foi sugerido que dentro da temática alimentação saudável, fosse abordado o tema do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses. Pude constatar, em conversas com vários elementos da equipa de enfermagem que esta necessidade era também sentida por todos e ia de encontro à perceção da enfermeira chefe.

Um estudo de investigação realizado por Junqueira (2011) concluiu que o abandono precoce do aleitamento exclusivo era cerca de 93.1% e estava relacionado a dúvidas maternas relativas à quantidade e qualidade de leite produzido e questões laborais. Torna-se pertinente a promoção de medidas que promovam o aleitamento materno através de educação para a saúde para facultar informação sobre esta importante prática de saúde pública e suas vantagens. Neste âmbito, Levy e Bértolo (2012) salientam que em Portugal mais de 90% das mães iniciam o aleitamento materno, no entanto metade das mães desiste de amamentar, por isso é essencial em Portugal a implementação de ações de apoio e promoção do aleitamento materno.

No âmbito da alimentação saudável tem-se verificado a pertinência de ações de educação para a saúde para ajudar a combater a obesidade infantil. Pelo despacho de 3 de Janeiro de 2012 do Secretário Adjunto do Ministério da Saúde são considerados prioritários 8 programas em saúde, de entre os quais o Programa Nacional para a Alimentação Saudável (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema

Aleitamento materno e alimentação saudável

Destinatários/População Alvo: Pais de crianças que recorram ao serviço de Urgência Pediatria

Data: 16 de Outubro de 2014

Hora: 10 horas

Duração: 40 minutos

Local: Sala de espera do Serviço de Urgência Pediátrica

Formadora:

- Ana Coelho, estudante do 5º Curso Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Enfermeira Referência do estágio no contexto da Urgência Pediátrica.

Objetivo Geral: Sensibilizar para a importância da promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável no crescimento e desenvolvimento infantil.

Objetivos Específicos:

- Identificar a importância do Aleitamento Materno no crescimento e desenvolvimento infantil.
- Identificar a importância da Alimentação Saudável no crescimento e desenvolvimento infantil.
- Identificar os grupos de alimentos presentes na roda dos alimentos.

Plano de sessão

Conteúdos	Métodos	Intervenientes	Recursos	Tempo
Introdução Apresentação do tema da sessão	Expositivo	Ana Coelho Enfermeira Referência do estágio no contexto da Urgência Pediátrica		5'
Desenvolvimento Importância do Aleitamento Materno no crescimento e desenvolvimento infantil. Importância da Alimentação Saudável no crescimento e desenvolvimento infantil Grupos de alimentos presentes na roda dos alimentos Partilha de experiências e conhecimentos sobre as temáticas Esclarecimento de dúvidas	Expositivo Interativo	Ana Coelho Enfermeira de referência do estágio no contexto da Urgência Pediátrica Pais/familiares na sala de espera da urgência pediátrica que desejam assistir à sessão.	Computador <i>Datashow</i> do serviço de Pediatria	30'
Avaliação - Pertinência da temática - Pertinência da sessão - Utilidade da sessão	Interrogativo	Ana Coelho Enfermeira de referência do estágio no contexto da Urgência Pediátrica		5'

		Pais/familiares que desejam assistir à sessão		
--	--	--	--	--

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Depois de realizada a atividade de educação parental é necessário avaliá-la, tendo em conta os objetivos e os indicadores de avaliação definidos anteriormente.

Todos os participantes da sessão (6 pais de 6 crianças presentes na sala de espera das consultas) se mostraram interessados em assistir, sendo o grupo constituído por 6 elementos (quatro mães, um pai e uma avó).

Os objetivos propostos foram atingidos na totalidade, sendo que os participantes (mães, pai e avó) demonstraram bastante interesse no tema e nos exemplos práticos dados, sendo que, alguns elementos quiseram partilhar a sua experiência relativamente à alimentação para ver se agiam corretamente. Além disso os participantes, nomeadamente a avó, demonstrou interesse em esclarecer alguns mitos em relação à alimentação. Os participantes quando questionados oralmente avaliaram a pertinência da sessão, assim como os conteúdos desta e a sua utilidade em nível bom e muito bom. Recebi, por isso, um feedback positivo desta sessão.

Esta sessão apesar de apresentar uma metodologia essencialmente expositiva permitiu ainda a troca de experiências entre os participantes relativos às vivências dos problemas de alimentação dos seus filhos/netos e o seu modo de agir. Considerei esta troca de experiências um ponto positivo.

Ao avaliar o processo penso, que as características da sala em que foi realizada a sessão de educação para a saúde foram apropriadas. Pois, os participantes tinham espaço para circular e o facto de estarem dispostos de forma circular, permitiu a interação entre os elementos participantes e permitiu uma boa visualização da apresentação realizada no computador.

Relativamente ao tempo, após a apresentação verifiquei que o excedi em 15 minutos devido ao surgimento de dúvidas e seu posterior esclarecimento.

Quanto aos recursos humanos utilizados, penso que o facto de existirem duas dinamizadoras (aluna enfermeira EESCJ e enfermeira de referência) foi adequado, ou seja, penso que a atividade foi bem coordenada, com uma grande interação entre a equipa dinamizadora da sessão e os participantes.

Analisando na globalidade a atividade, considero-a bem-sucedida, pois atingi os objetivos iniciais e tive feedback positivo da enfermeira com que colaborei nesta sessão.

4. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho possibilitou-me um momento de crescimento pessoal e profissional. Com a realização desta sessão de educação parental pude desenvolver os meus conhecimentos teóricos e práticos relativamente à temática da alimentação saudável e a sua importância no crescimento e desenvolvimento infantil. Pude igualmente desenvolver conhecimentos de planeamento de uma sessão de educação para a saúde sobre o aleitamento materno e alimentação saudável. Apercebi-me que, este tipo de ação de educação para a saúde pode ser pertinente à população que recorre a este serviço de Urgência Pediátrica. Este facto foi constatado face à participação e avaliação que os participantes fizeram da sessão.

Constatei a importância da mobilização dos princípios da educação de adultos pela vontade manifestada pelos participantes em partilharem e esclarecerem dúvidas baseadas em problemas por eles vividos.

Sabendo que os adultos tem necessidade de conhecer o motivo pelo qual devem aprender e sendo portadores de uma experiência de vida própria, a educação deve centrar-se nos processos individuais de aprendizagem. Segundo Knowles (1980, 1990a, 1990b) na educação em adultos devem ser tidos em conta vários aspetos, como a necessidade de saber, o autoconceito do aprendiz, o papel das experiências dos aprendizes, a orientação do aprendiz à aprendizagem e a motivação para a aprendizagem.

Como esta foi uma sessão realizada em conjunto com a enfermeira de referência do meu estágio na Urgência Pediátrica e tendo sido inserida num projeto de educação parental em desenvolvimento naquele serviço vi-me obrigada a respeitar o planeamento previsto. Nesta sessão não me foi possível colocar em prática todos os pressupostos da educação de adultos, sendo este um ponto negativo a salientar e que futuramente pretendo ter em conta.

Devo só salientar que os elementos facilitadores para a realização deste trabalho e desta sessão foram a disponibilidade demonstrada pela enfermeira chefe e enfermeira de referência do serviço de Urgência Pediátrica, assim como o docente orientador.

Concluindo, considero que por tudo o que mencionei anteriormente consegui atingir todos os objetivos inicialmente propostos para este trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direcção-Geral da Saúde (2013^b). *Programa Nacional para a Alimentação Saudável*. Acedido a 20-10-2014. Disponível em http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113

Junqueira, V.R. (2011). *Aleitamento Materno: factores de abandono*. Universidade Fernando Pessoa. Projeto de investigação para obtenção do grau de Licenciatura. Porto. Acedido a 12-11-2014. Disponível em http://www.bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2775/3/T_18130.pdf

Knowles, M. (1980). *The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy*. Cambridge: Englewood Cliffs.

Knowles, M. (1990^a). *The adult learner: a neglected species*. (4 ed.) Houston: Gulf.

Knowles, M. (1990^b). *Andragogy in action*. San Francisco: Jossey-Bass.

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*

APÊNDICES

APÊNDICE I

Sessão educação para a saúde aleitamento materno e alimentação saudável

**ALEITAMENTO MATERNO E
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

HORA: 10H

**[REDACTED], EPE
2014**

ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

2014

OBJETIVOS DA SESSÃO

OBJETIVO GERAL

Sensibilização para a importância da promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar a importância do Aleitamento Materno no crescimento e desenvolvimento infantil;
- ❖ Identificar a importância da Alimentação Saudável no crescimento e desenvolvimento infantil;
- ❖ Identificar os grupos de alimentos presentes na roda dos alimentos;

Aleitamento Materno

- Amamentar é um acto natural e constitui a melhor forma de alimentar, proteger e amar o seu bebé.
- As recomendações da **Organização Mundial de Saúde** relativas à amamentação são as seguintes:
 - As crianças devem fazer **aleitamento materno exclusivo** até aos 6 meses de idade.
 - A partir dos 6 meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno.
 - As crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os 2 anos de idade.

Levy & Bértolo, 2012

Aleitamento Materno

- ❑ O leite materno é muito importante pois tem vantagens únicas e insubstituíveis para a mãe e para o recém-nascido
- ❑ É um alimento vivo, completo e natural adaptado ao recém-nascido a que se destina

Levy & Bértolo, 2012

Aleitamento materno

Mãe	Recém-nascido
Promove a involução uterina	Previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias
Menor probabilidade de ter tumor mamário/uterino	Reduz a incidência de enterocolite necrosante
Promove o vínculo mãe/filho e o equilíbrio psicoafectivo	Efeito protetor sobre as alergias
Diminui os valores de glicose sanguínea em mulheres diabéticas	Leite mais adequado para o recém-nascido
Pode proteger de uma futura gravidez	Diminui a incidência de obesidade e hipertensão na vida adulta
Efeito relaxante promovendo o bem-estar	Melhora o desenvolvimento neuro-cognitivo
Menor custo económico, prático, sempre disponível à temperatura adequada	Promove uma melhor adaptação do recém-nascido a outros alimentos

Levy & Bértolo, 201

Aleitamento materno



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

É uma forma racional de comer que assegura **variedade**, **equilíbrio** e **quantidade justa** de alimentos, escolhidos pela sua qualidade nutricional

Direcção-Geral Saúde (2013^b)

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Numa alimentação saudável deve-se:

- ❖ Comer de tudo um pouco (**VARIEDADE**);
- ❖ **Não excluir** nenhum alimento **nem comer em excesso** nenhum outro (**EQUILÍBRIO**).

Direcção-Geral Saúde (2013^b)

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Uma alimentação saudável durante a infância é importante porque:

- ❖ Fornece energia para as atividades diárias;
- ❖ Facilita o desenvolvimento intelectual e o crescimento adequado para a idade;

Direcção-Geral Saúde (2013^b)

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- ❖ Proporciona uma pele mais hidratada e cabelo mais forte;
- ❖ Dentes saudáveis;
- ❖ Fortalece o sistema imunitário;
- ❖ Melhora a circulação e protege o coração;
- ❖ Bom funcionamento do sistema nervoso e dos músculos;
- ❖ Aumento da sensação de bem-estar e da autoestima;

Direcção-Geral Saúde (2013^b)

RODA DOS ALIMENTOS



Fonte: <http://www.topgel.pt/alimentacao.php>

RODA DOS ALIMENTOS

1 – Cereais e derivados, e tubérculos (28%)

- ❖ São a nossa principal fonte de energia (hidratos de carbono). Devemos comê-los a todas as refeições. Exemplos: arroz, massa, batata, pão, milho, trigo, aveia, centeio;
- ❖ É o grupo cuja proporção de ingestão deverá ser superior aos outros grupos.



Fonte: <http://www.topgel.pt/alimentacao.php>

Direcção-Geral Saúde (2013^b)

RODA DOS ALIMENTOS

2 – Produtos hortícolas (23%)

- ❖ São ricos em fibras, vitaminas e minerais. Protegem-nos das doenças e ajudam os intestinos a funcionar. Exemplos: abóbora, cenoura, alface, brócolos, tomate, cebola;
- ❖ É o segundo maior grupo de alimentos que existe na roda.



Fonte: <http://www.topgel.pt/alimentacao.php>

Direcção-Geral Saúde (2013^b)

RODA DOS ALIMENTOS

3 – Fruta (20%)

- ❖ Dão-nos muitas vitaminas, fibras, minerais e também água e alguma energia. Ajudam o corpo a funcionar bem e reforçam as defesas contra as doenças;
- ❖ São também fontes importantes de antioxidantes, que têm um papel importante na prevenção de vários tipos de cancro, envelhecimento celular e doenças cardiovasculares.



Fonte: <http://www.topgel.pt/alimentacao.php>

Direcção-Geral Saúde (2013^b)

RODA DOS ALIMENTOS

4 – Lacticínios (18%)

- ❖ Ajudam a crescer. Fornecem cálcio, essencial para os ossos e os dentes, e também proteínas e vitaminas;
- ❖ Fazem parte deste grupo: leite, iogurte, queijo.



Fonte: <http://www.topgel.pt/alimentacao.php>

Direcção-Geral Saúde (2013^b)

RODA DOS ALIMENTOS

5 – Carnes, pescado e ovos (5%)

- ❖ São ricos em proteínas, fundamentais para construir todas as partes do nosso corpo: músculos, ossos, pele, cabelo, etc.;
- ❖ São excelentes fontes de vitaminas do complexo B, ferro, zinco, fósforo e vitamina D.



Fonte: <http://www.topgel.pt/alimentacao.php>

Direcção-Geral Saúde (2013^b)

RODA DOS ALIMENTOS

6 – Leguminosas (4%)

- ❖ São ricas em hidratos de carbono, proteínas, alguns minerais (como o cálcio e o ferro), vitaminas e fibras;
- ❖ Fazem parte deste grupo alimentos como: ervilhas, favas, grão-de-bico, soja, feijão, lentilhas.



Fonte: <http://www.topgel.pt/alimentacao.php>

Direcção-Geral Saúde (2013^b)

RODA DOS ALIMENTOS

7 – Gorduras e óleos (2%)

- ❖ Os alimentos deste grupo contêm muita energia e protegem-nos do frio. Dão-nos essencialmente os lípidos e algumas vitaminas lipossolúveis (vitamina A e vitamina E);
- ❖ Alimentos deste grupo deverão ser ingeridos em menor quantidade ao longo do dia. Exemplos: azeite, óleos, banha, manteiga, natas, margarinas .



Fonte: <http://www.topgel.pt/alimentacao.php>

Direcção-Geral Saúde (2013^b)

RODA DOS ALIMENTOS

8 – Água

- ❖ Está presente em todos os alimentos e é indispensável para que o corpo trabalhe sem falhas. Ajuda, por exemplo, a manter a temperatura e ao funcionamento dos rins e intestinos;
- ❖ As necessidades de água podem variar entre 1,5 e 3 litros por dia.



Fonte: <http://www.topgel.pt/alimentacao.php>

Direcção-Geral Saúde (2013^b)

RECURSOS ÚTEIS NA NET

Web site da Direção-Geral da Saúde (Programa Nacional Promoção Alimentação Saudável):

- <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>

Bibliografia

- ❖ Direção-Geral da Saúde (2013^b). *Programa Nacional para a Alimentação Saudável*. Acedido a 20-10-2014. Disponível em http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*



**OBRIGADA
PELA
VOSSA
ATENÇÃO!**

APÊNDICE IV

Planeamento de sessão de
formação em contexto de
trabalho



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO

Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho nº5481

Lisboa

Outubro de 2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO

Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho nº5481

Docente Orientador: Maria Teresa Magão

Lisboa

Outubro de 2014

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	5
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	7
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	10
4. CONCLUSÃO	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
ANEXOS	
ANEXO I – The touchpoints Model of Development	

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular *Estágio com Relatório*, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, relativo ao contexto de Urgência Pediátrica, a decorrer entre 29/9/14 a 20/10/14. Tem como objetivo justificar a realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho, relativa à temática da capacitação parental e novas abordagens para o desenvolvimento infantil – *Touchpoints*, apresentação do seu planeamento e avaliação.

Esta sessão de formação sobre a capacitação parental e novas abordagens para o desenvolvimento infantil – *Touchpoints*, em contexto de trabalho com carácter reflexivo, foi considerada pertinente pela equipa de enfermagem e pela Enfermeira chefe deste serviço no início do estágio neste contexto.

Esta sessão tem como grupo alvo a equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica. Face aos destinatários desta formação (a equipa de enfermagem) importa ter em conta os princípios da andragogia (educação de adultos). A andragogia constitui um modelo de educação de adultos a ter em conta na prática educativa (Knowles 1980, 1990^a, 1990^b). Segundo este autor, os adultos investem energia investigando o porquê de aprender, os adultos respondem ao autoconceito de serem responsáveis pela própria vida e pelo que aprendem; um adulto acumula um reservatório crescente de experiência que se torna um recurso cada vez maior para a aprendizagem; os adultos estão prontos para aprender aquilo que faz diferença na sua vida quotidiana e nos adultos a motivação é interna, como o desejo de satisfação no trabalho e de auto estima (Knowles 1980, 1990^a, 1990^b).

Para o planeamento e desenvolvimento desta sessão de formação tive em conta os pressupostos da educação de adultos, nomeadamente, a vontade de aprender dos enfermeiros relacionada com o seu exercício profissional, a sua experiência profissional, o seu papel na aprendizagem e a sua necessidade de aprender. Soube a resposta a estes itens através da opinião manifestada por alguns elementos da equipa de enfermagem quando inquiridos sobre a pertinência desta.

Este trabalho encontra-se estruturado em 4 capítulos: a Justificação da sessão de formação, onde se encontra a pertinência da sua realização, o Planeamento da sessão de formação, onde se encontram os objetivos e todo o planeamento para os

alcançar, a Avaliação da sessão de formação, onde é descrito como decorreu a avaliação deste momento e a Conclusão, onde realizo o balanço de toda a sessão.

1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

No início do estágio neste contexto foi realizada uma reunião com enfermeira chefe do serviço de Urgência Pediátrica de modo a dar a conhecer os objetivos de estágio e a realizar o diagnóstico da situação em termos de formação em contexto de trabalho da equipa de enfermagem sobre a temática da capacitação parental.

Pude constatar, pelo que me foi transmitido, que era de grande agrado que fosse realizada uma formação de carácter reflexivo, que permitisse a partilha de experiências e reflexão da prática de cuidados. Constatei que alguma prática de prestação de cuidados e os registos de enfermagem efetuados iam de encontro ao modelo *touchpoints*, pois a intervenção à criança/jovem no apoio ao desenvolvimento infantil e parentalidade eram perspectivados em conjunto. Era dada, pela equipa de enfermagem, importância ao apoio integrado centrado na criança e na família, promovendo atividades de intervenção precoce.

O Modelo *Touchpoints* foi desenvolvido a partir dos anos 70, consiste num modelo de apoio ao desenvolvimento infantil e da parentalidade, perspectivado em torno de momentos chave. *Touchpoints* são momentos no desenvolvimento da criança, caracterizados por “saltos” que originam um certo nível de desorganização na criança, pais e família alargada seguidos de períodos de reorganização. A sucessão dos *touchpoints* é previsível, em que cada momento pode ser identificado e antecipado. Estes períodos constituem também oportunidades para os profissionais se aliarem aos pais (Brazelton & Sparrow, 2007, Duarte, 2007).

Este modelo constitui-se como um mapa do desenvolvimento infantil, que pode ser utilizado pelos pais e profissionais de saúde para identificar em que ponto do desenvolvimento a criança se encontra. A sua utilização é importante, não só para identificar e compreender o momento atual do desenvolvimento da criança, como para prever em que fase a criança entrará, sendo, portanto, usado preventivamente para orientar intervenções (Duarte, 2007).

Ao perceber as opiniões da equipa de enfermagem sobre a sessão de formação, pude constatar, através dos relatos, que a sua opinião ia de encontro ao meu diagnóstico da situação, pelo que decidi, criar um espaço de reflexão sobre a prática de prestação de cuidados com recurso à apresentação e discussão de um artigo referente àquele modelo. De acordo com a enfermeira-chefe e a enfermeira de referência no serviço

de Urgência Pediátrica este tipo de formação teria muito interesse para a equipa pois para alguns a mobilização do Modelo *Touchpoints* na capacitação parental seria um conceito novo e sobre o qual ainda existe pouca formação junto da equipa de enfermagem.

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: A capacitação parental e novas abordagens para o desenvolvimento infantil – *Touchpoints*

Destinatários/População Alvo: Equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica

Data: 13 de Outubro de 2014

Hora: 15 horas

Duração: 35 minutos

Local: Sala da enfermeira chefe do Serviço de Urgência Pediátrica

Formadora: Ana Coelho, estudante do 5º Curso Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Objetivo Geral: Refletir sobre as intervenções do enfermeiro no desenvolvimento de competências parentais integradas na promoção da parentalidade e desenvolvimento infantil.

Objetivo Específico:

- Relembrar as principais características do desenvolvimento da criança e do jovem, relacionando-as com o desenvolvimento das competências parentais;
- Refletir sobre o Modelo Touchpoints na capacitação parental;

Ao realizar esta sessão de formação enquanto espaço de reflexão com a equipa de enfermagem, foi incentivada a troca de experiências sobre a temática, foi apresentado um artigo científico pertinente existente, foi incentivada a expressão de opiniões sobre o artigo e a expressão dos contributos do artigo para a prática de cuidados.

Plano de formação

Conteúdos	Metodologia	Intervenientes	Recursos	Tempo
Introdução Apresentação da formadora. Apresentação do tema. Justificação do tema. Apresentação dos objetivos.	Expositiva	Ana Coelho Enfermeira Referência do estágio no contexto da Urgência Pediátrica		3'
Desenvolvimento Resumir oralmente as principais características do desenvolvimento da criança e do jovem, relacionando-as com as competências parentais. Refletir sobre o Modelo Touchpoints na capacitação parental (incentivar a troca de experiências sobre esta temática, apresentar um artigo pertinente, incentivar a reflexão da equipa sobre a pertinência do artigo, incentivar a reflexão da equipa sobre os contributos).	Expositiva Interrogativa Discussão	Ana Coelho Enfermeira de referência do estágio no contexto da Urgência Pediátrica Equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica	Documentação em suporte papel Artigo: <i>"The Touchpoints Modelo of development"</i>	25'
Avaliação - Pertinência da temática - Pertinência da sessão - Utilidade da sessão Oferecer bibliografia de suporte acerca do tema.	Expositiva Interrogativa	Ana Coelho Enfermeira Referência do estágio no contexto da Urgência Pediátrica	Documentação em suporte papel Artigo: <i>"The Touchpoints</i>	5'

		Equipa de enfermagem da Urgência Pediátrica	<i>Modelo of development”</i>	
--	--	--	--------------------------------------	--

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tendo por base o reconhecimento da importância do desenvolvimento de pensamento crítico e reflexivo sobre as práticas de prestação de cuidados de enfermagem, no desenvolvimento de competências parentais, pretendeu-se com esta sessão criar um espaço de partilha de experiências e reflexão sobre o desenvolvimento de competências parentais e sua articulação com o Modelo *Touchpoints*. Ao mesmo tempo possibilitei aos enfermeiros meios onde possam encontrar informação atualizada e adequada ao tema.

Após a realização do momento de formação com o tema a capacitação parental e novas abordagens para o desenvolvimento infantil – *Touchpoints* é necessário avaliá-lo.

O grupo de enfermeiros participante foi constituído por 8 dos 14 enfermeiros que integram a equipa de enfermagem. O tempo planeado para esta atividade e a hora em que decorreu foram adequados contudo o tempo foi excedido em 10 minutos. Este gasto de tempo não previsto deveu-se à partilha de experiências efetuadas. Os enfermeiros participantes demonstraram bastante interesse no decorrer da sessão, referindo que outras sessões de formação deste tipo deveriam ser realizadas. O interesse manifestado verbalmente foi possível de validar pelo tempo gasto ter excedido o planeado.

No geral, considero que os objetivos desta sessão de formação foram atingidos através da partilha de experiências e sua discussão. O grupo de enfermeiros participantes foi igualmente capaz de esclarecer dúvidas sobre a temática e a sua importância para a prestação de cuidados de enfermagem no serviço de Urgência Pediátrica.

Concluindo, considero que, na globalidade, este momento de formação foi bem-sucedido, pois atingi os objetivos propostos, tendo tido um feedback positivo por parte da enfermeira chefe e das enfermeiras do Serviço de Urgência Pediátrica.

4. CONCLUSÃO

Com a elaboração deste trabalho penso que consegui desenvolver capacidades de promoção de reflexão sobre as práticas, em particular as referentes ao desenvolvimento de competências parentais.

Os adultos necessitam de saber o motivo pelo qual devem realizar aprendizagens, aprendem melhor experimentalmente, concebem a aprendizagem como resolução de problemas e aprendem melhor quando o tópico possui valor imediato e os motivadores mais potentes para a aprendizagem são internos (Knowles 1980, 1990^a, 1990^b).

Compreendi que ao mobilizar os princípios da educação de adultos, no planeamento e execução desta formação com a equipa de enfermagem, perspetivei os enfermeiros como participantes no seu processo de aprendizagem e os mesmos demonstraram interesse e motivação. O se evidenciou no facto da sessão ter terminado mais tarde que o previsto sem a desmobilização de participantes. Soma-se ainda o interesse que a equipa manifestou de repetição deste tipo de sessões de formação mais centradas na reflexão sobre práticas de cuidados.

Devo só salientar que os elementos facilitadores para a realização deste trabalho foi a disponibilidade demonstrada pela enfermeira chefe e enfermeira referência do serviço de Urgência Pediátrica, assim como o docente orientador.

Concluindo, considero que por tudo o que mencionei anteriormente consegui atingir todos os objetivos inicialmente propostos para este trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brazelton, T. & Sparrow, J. (2007). *The Touchpoints model of development*. Acedido a 10-10-2014. Disponível em

http://www.brazeltontouchpoints.org/wp-content/uploads/2011/09/Touchpoints_Model_of_Development_Aug_2007.pdf

Duarte, S. (2007). *O Modelo Touchpoints: O nascimento da relação em conjunto com os pais. A utilização do modelo e a sua relação com as representações maternas da parentalidade, estilos de vinculação maternos e interação. Diferenças ou semelhanças*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Tese de Mestrado. Lisboa.

Knowles, M. (1980). *The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy*. Cambridge: Englewood Cliffs.

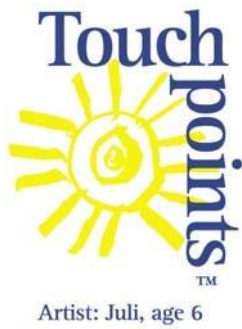
Knowles, M. (1990^a). *The adult learner: a neglected species*. (4 ed.) Houston: Gulf.

Knowles, M. (1990^b). *Andragogy in action*. San Francisco: Jossey-Bass.

ANEXOS

ANEXO I

The touchpoints Model of Development



The TouchpointsTM Model of Development

T. Berry Brazelton, M.D., and Joshua Sparrow, M.D.

Copyright 2003 T.B. Brazelton and Joshua Sparrow. All rights reserved.

All parents benefit from affirmation of their child's development and the nurturing environment they have provided for their child. Our goal as caring professionals should be to join parents as allies in the systems of care for their children. Our present systems are too often crisis-driven, deficit-oriented, and unwelcoming to parents. Many families, particularly those who have a child with special needs, are often left feeling isolated and unsupported (Bowman et al., 1994; Turnbull, Turnbull, & Blue-Banning, 1994). Our focus instead should be on developing a system where providers are reaching out for stressed parents and where parents' ethnic, religious, and lifestyle attributes are valued. For example, rather than treating a pregnant teenager overtly or covertly as a failure, which will turn her away and mitigate our opportunity for successful interaction with her, we could accept her pregnancy, point to the potential future opportunity for her baby, and offer her our acceptance, understanding, and positively framed services. When providers can offer the necessary support and modeling for parents to understand their young child's development and to enhance it, they can play a crucial role toward the success of the family system.

For the past several years, we have been working on the Touchpoints' model (Brazelton, *Touchpoints* 1992, Brazelton and Sparrow, *Touchpoints* 3 – 6, 2001). Touchpoints are periods, during the first years of life during which children's spurts in development result in disruption in the family system. (Throughout life, there are, no doubt, similar developmental crises of disorganization and reorganization that involve not solely the individual but those he or she is intimately connected with as well.) The succession of touchpoints in a child's development is like a map that can be identified and anticipated by both parents and providers. Thirteen touchpoints have been noted in the first three years, beginning in pregnancy.

They are centered on caregiving themes that matter to parents (e.g. feeding, discipline), rather than traditional milestones. The child's negotiation of these touchpoints can be seen as a source of satisfaction and encouragement for the family system. Foreknowledge of these touchpoints and strategies for dealing with them can help reduce negative interactions that might otherwise throw the child's development off course and result in problems in the areas of sleep, feeding, toilet training, among others.

Touchpoints may occur somewhat later in premature infants, but they will be even more important as opportunities for supporting their anxious parents. Atypically developing children's touchpoints may in some instances occur at different times or have different features from those of typically developing children. It is preferable to carefully observe, understand, and respect each child's behavior for evidence of developmental disorganization and reorganization rather than to make unhelpful comparative judgments.

The guiding principles of the Touchpoints model can be found in Table 1. Professionals can use these Touchpoints as a framework for each encounter with families during the first three years of a child's life. Several guiding assumptions about parents form the core of Touchpoints' practice with families (see Table 2). *Parents are the experts on their child's behavior.* Together, professionals and parents can discover themes that recur and strategies to negotiate upcoming challenges. For example, for four-month-olds, providers can predict that there will soon be a burst in cognitive awareness of the environment. The baby will be difficult to feed. He will stop eating to look around and to listen to every stimulus in the environment. To parents' dismay, he will begin to awaken again at night. His awareness of his surroundings will be enhanced by a burst in visual development. Yet, when parents understand the disorganization of this period as a natural precursor to the rapid and exciting development that follows, they will not need to feel as if it represents failure. From the Touchpoints framework, the guidance or 'scaffolding' of this sort that professionals can give parents is supportive rather than prescriptive. Anticipatory guidance is not delivery of 'expert advice', but a dialogue, a shared discussion about how parents will feel and react in the face of predictable challenges to come. This is, in part, based on how they have dealt with related issues in the past.

Parents find it reassuring that bursts and regressions in development are to be expected. The concept of overflow from one line of development to another is often a shift in thinking for parents, who without this concept would often misunderstand their child's behavior as pathological and question their own caregiving efficacy. In the face of their children's behavioral regressions, they wonder what they are doing wrong. Sharing these touchpoints preventively helps parents feel more confident in themselves and in their child.

Table 1 The principles of the Touchpoints model

• Value and understand the relationship between you and the parent • Use the behavior of the child as your language • Value passion wherever you find it • Focus on the parent-child relationship • Look for opportunities to support mastery • Recognize the beliefs and biases that you bring to the interaction • Be willing to discuss matters that go beyond your traditional role

Table 2 Touchpoints parent assumptions

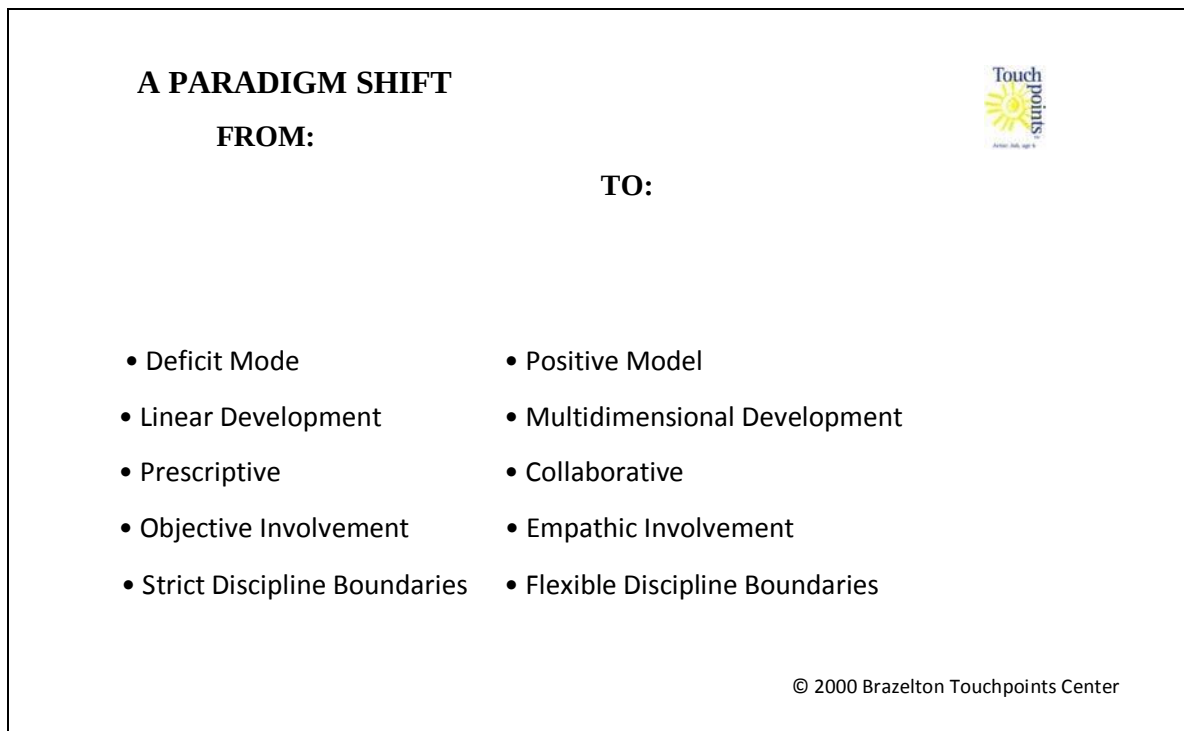
• The parent is the expert on his/her child • All parents have strengths • All parents want to do well by their child • All parents have something critical to share at each developmental stage • All parents have ambivalent feelings • Parenting is a process built on trial and error

Table 3 Touchpoints practitioner assumptions

• Each practitioner is the expert within the context of his/her practice setting • Practitioners want to be competent • Practitioners need support and respect of the kind we are asking them to give to parents • Practitioners need to reflect on their contribution to parent-provider interactions
--

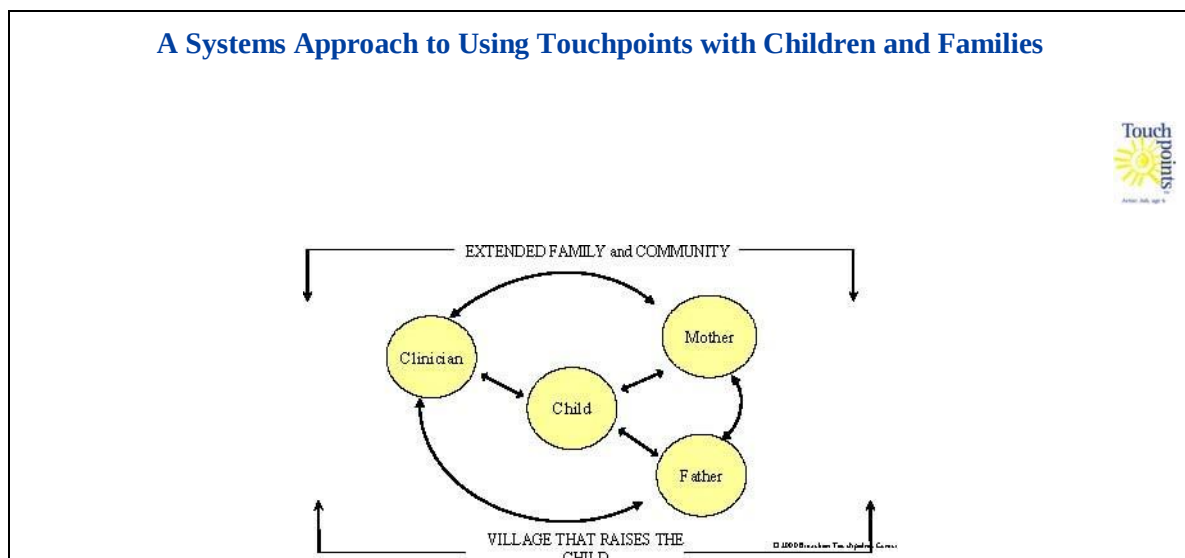
In order to fulfill this opportunity to use the shifts in the baby's development and the vulnerability they stir up in parents to establish and deepen their relationships with families, a provider must make a difficult paradigm shift. (Figure 1)

Figure 1 A paradigm shift



As healthcare and childcare professionals, we are well trained to look for the failures and the defects in the child and parents, but these do not endear us to the families we work with. They sense our search for their failures. If we can change to a model of observing and valuing their successes, as opposed to a top-down, agenda-driven model, we can engage parents in a collaborative rather than a prescriptive relationship. Parents are aware and grateful for such a change. When we focus on their strengths, they are far more likely to share with us their vulnerabilities. Though this paradigm shift is easy for many professionals to endorse, it is more difficult for them to alter their interactions with families accordingly. We are too well trained in our medical search for impairments that we can “fix”, to stop, hold back, acknowledge parents’ expertise, and look for opportunities to support their mastery. As a result of our focus on their problems, we leave parents wary and defensive. When we can join them in a collaborative approach, they let down defenses and become available for a working relationship with us.

Figure 2 A systems approach to using Touchpoints with children and families



A systems model (Figure 2) is a valuable way to think of our role. Systems theory assumes that each member of the system is in balance with each other member. If there is a stress on the system, each member must adjust to the stress. As a result, stress becomes an opportunity for learning. If a provider wants the system to learn to succeed, she or he must become an equal member of the system. As a member, the professional must learn to understand and value the culture, the ethnicity, the religion, and the belief systems of the other members. Understanding a different culture is a lesson in humility, for the more we learn, the more we realize there is much that escapes us. Such a stance, which empowers the families we work with to transform us, is a far cry from the medical training of talking down to and of giving instructions to patients.

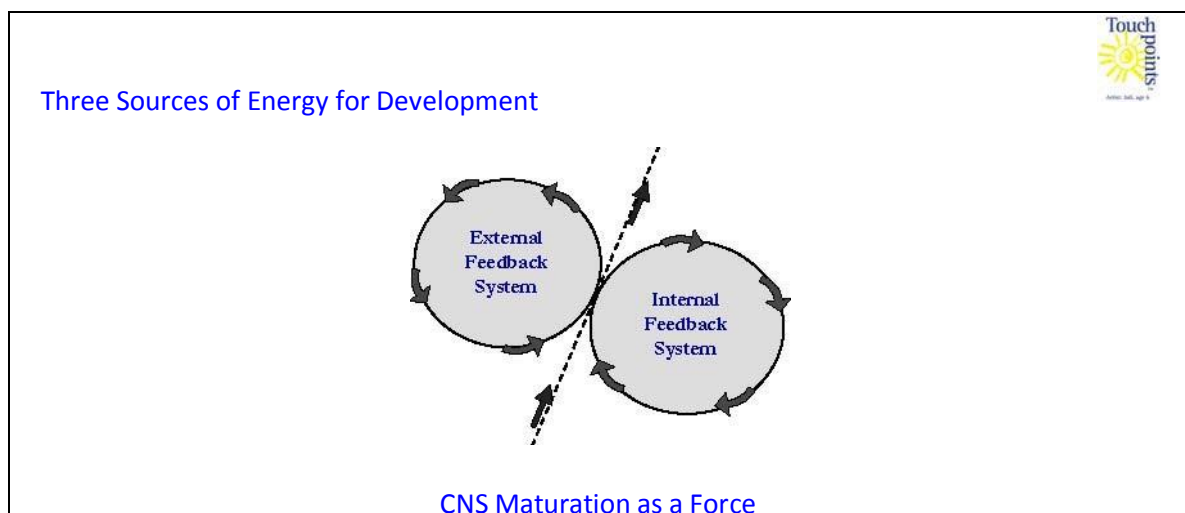
In order to effect this change in our medical and childcare outreach model, we have found that we can greet a family with an initial observation of the infant or child's behavior. Initially, the provider can observe evidence of temperament (Thomas and Chess), stage of development (Ages and Stages Social Emotional Scales), and share these behaviors with parents.

Other meaningful behaviors to be shared with parents are those that offer evidence of a child's own satisfaction in a new accomplishment. When a child strives to succeed at a developmental task, he registers his success with the behavior of, "I did it," as the inner feedback cycle closes (Piaget). The inner feedback cycle (Figure 3), which is registered in the child's behavior as he makes an effort to succeed, is a powerful observation to share with parents. This cycle, coupled with the parent's efforts as represented by the external feedback cycle, fuel the expensive processes of development driven by the maturation of the Central Nervous System (CNS). Parents can be encouraged to observe these two cycles by the provider and to revel in them, if they don't already.

Child behaviors that are meaningful for providers to share with parents emphasize the child's strengths and the parents' major contributions to the child's development. These shared observations can serve as an introduction to the relational model of provider-parent visits.

Parents drop their defenses and are more likely to become available to history taking and sharing concerns with the provider. Each visit then becomes more valuable in fostering a working relationship between parents and provider, as parents come to trust that, along with their strengths, their vulnerabilities will be respected and valued.

Figure 3 Three sources of energy for development

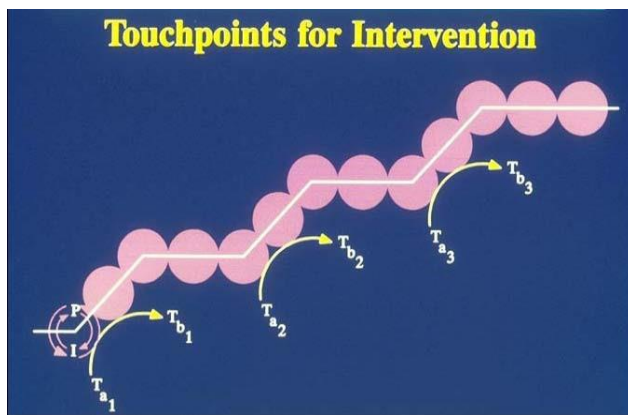


The trust of parents is also more readily won when providers demonstrate their understanding of and sensitivity to the predictable developmental needs of their child. For example, when I respect a nine-month-old's stranger anxiety, I have shown my capacity to care for a child more powerfully than by simply saying "I care". I never look a baby this age in the eye when the family enters my office. It is too intrusive, and is likely to produce a defensive, screaming baby. After parents sit down, I try to match the rhythm of the baby's movements. The infant recognizes and values this as an effort to communicate. When the baby demonstrates a behavior, I can imitate it, and he knows then that I respect him. One 8-month-old was warily clinging to her mother as they entered my office. The mother too was stiff and defensive. I waited until the baby made a raspberry-like sound from her mouth. I imitated it in my questions to her mother. "How is she (raspberry sound) eating? How is she (raspberry sound) sleeping?" After the second raspberry, this baby, at the peak of stranger awareness, reached out for me to take her. She reached up to feel my mouth. I blew out a raspberry. She grinned and blew one out to match mine. Her mother relaxed and said delightedly, "You really like babies - and they like you!" This expression of my interest in and ability to make a relationship with her infant

had won over this understandably protective mother. Now we were off to a very different and relaxed visit, communicating warmly with each other and with the baby. The child's behavior is a powerful way for communicating with parents.

There are times in a child's development when the whole family is especially likely to be available for this kind of communication. I call these predictable developmental events "touchpoints". Each visit for preventive health care can be matched to a touchpoint. Childcare professionals can reach out for parents at drop-off and pick-up times to predict the onset of the next touchpoint. (Figure 4).

Figure 4 Touchpoints of development



Here are four touchpoints in the first year which provide opportunities for a clinician to join parents in understanding sleep issues:

1. 4 months – learning to stretch out to 8 hours by baby learning to find a way to get self to sleep at every 3-4 hour light cycle sleep.
2. 8 months – awakens again because of crawling mobility and stranger awareness (cognitive spurt).
3. 10 months – standing beside crib every 3-4 hours as if can't get down.
4. 12 months – wakes up every 3-4 hours with newfound autonomy with walking plus increased dependence.

Here are four touchpoints for incipient eating issues:

1. Newborn – decision about breastfeeding
2. 4 months – imminent spurt in interest in environment causes split in feeding interest.
3. 9 months – needs to feed self with finger feeding with new pincer grasp.
4. 12 months – negativism of second year and setting up necessary diet so that independence can be settled on child.

A touchpoint is an opportunity for deepening the mutual relationship between provider (medical, child care, early interventionist) and parent. Each one is dependent on the predictable stresses of a child's developmental surges and is matched by the parent's passionate desire to do well by the child. As providers, we are wise to become aware of each of these stresses as opportunities. As we join the parents in their urge to foster the child's optimal development, each contact becomes rewarding to them as well as to us as providers.

Figure 5 Touchpoints



These are the predictable touchpoints (Figure 5) in the first few years. We have recently identified several of these in the years 3-6 (Brazelton and Sparrow, 2001).

The Touchpoints model was originally developed for the primary health-care setting. However, our model is now being utilized by professionals from other disciplines who work in a variety of settings. For example, child care, early intervention, and school all offer such opportunities. We value practitioners' expertise and encourage them to adapt the model to their community and practice settings. The assumptions about professionals using this model can be found in Table 3. The essence of Touchpoints training is in preventive anticipatory guidance, in its multidisciplinary

approach, and its focus is on the common interest in the child that parents and providers share. Touchpoints focuses on building relationships as an integral *goal* of parent and practitioner interactions in diverse settings: childbirth education classes, during office and home visits, in provider-parent encounters at child-care centers and preschools, etc.

Consistent understanding and application of the Touchpoints approach across the range of health, childcare, and educational settings in a community can offer families a more coherent experience of multiple services provided. As practice settings move toward greater collaboration, a shared, explicitly articulated conceptual framework can improve coordination of care. When espoused by the organization and shared by colleagues, this framework can form the basis for professional development within the work setting and the community. Only then will we be able to move beyond the current state of fragmentation of services to more effectively join families as allies with a more caring, seamless system.

T. BERRY BRAZELTON, is Professor Emeritus of Pediatrics at the Harvard Medical School and founder of the Child Development Unit at Children's Hospital, Boston. He is past president of both the Society for Research in Child Development and the National Center for Clinical Infant Programs. A practicing pediatrician for over 45 years, he introduced the concept of "anticipatory guidance" for parents into pediatric training. The author of over 200 scholarly papers, Dr. Brazelton has written 35 books, both for a professional and lay audience.

JOSHUA SPARROW is Assistant Professor of Psychiatry at Harvard Medical School, Supervisor for the Child Psychiatry Department at Children's Hospital, Boston, and Director of Special Initiatives at the Brazelton Touchpoints Center. He has co-authored six books with Dr. Brazelton.

Contact:

Brazelton Touchpoints Center
Children's Hospital, Boston
1295 Boylston Street ▪ Suite 320
Boston, MA 02215 www.touchpoints.org

(857) 218-4451

References

- Bowman, P., Grady, M., Kendrick, M., Ladew-Duncan, J., Mentzer, S., Newman, R., Pease, R., Son, K., & Spandinger, L. (1994) *From the heart: Stories by mothers of children with special needs*. Portland, ME: University of Southern Maine.
- Brazelton, T. B. (1992). *Touchpoints: Emotional and behavioral development*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Brazelton, T.B. (1998) Soapbox: How to help parents of young children: the Touchpoints Model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Sage Publications (London, Thousand Oaks, and New Delhi) Vol. 3 (3): 481-483; 004738.
- Brazelton, T. B., Sparrow, J. D. (2001). *Touchpoints: 3-6*: Cambridge, MA: Perseus.
- Brazelton TB, Sparrow JD. Calming Your Fussy Baby the Brazelton Way. Cambridge (MA): Perseus Books; 2003 Jan.
- Brazelton TB, Sparrow JD. Sleep the Brazelton Way. Perseus Books; Cambridge (MA): Perseus Books; 2003 Jan.
- Brazelton TB, Sparrow JD. Discipline the Brazelton Way. Perseus Books; Cambridge (MA): Perseus Books; 2003 Jan.
- Brazelton TB, Sparrow JD. Feeding Your Child the Brazelton Way. Perseus Books; Cambridge (MA): Perseus Books; 2004 Feb.
- Brazelton TB, Sparrow JD. Toilet Training Your Child the Brazelton Way. Perseus Books; Cambridge (MA): Perseus Books; 2004 Feb.
- Bricker, D., Squires, J. (1994). *Ages and Stages Social Emotional Scales*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Piaget, J. *The Origins of Intelligence in the Child*. London: Routledge & Kegan Paul; New York: International Universities Press. (1936, Eng. Trans. 1953).
- Thomas, A., Chess, S., Brick, H. G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*, New York, NY: University Press.

APÊNDICE V

Síntese reflexiva: Urgência

Pediátrica

Nesta reflexão tenho como objetivo realizar a minha avaliação referente ao caminho percorrido neste estágio na Urgência Pediátrica, das atividades desenvolvidas bem como as competências adquiridas.

O contexto de estágio de Urgência Pediátrica decorreu em um centro hospitalar que responde a um grande leque de situações urgentes. Estruturalmente é constituído por uma Sala de Internamento de Curta Duração, um Gabinete de Triagem de Enfermagem, triagem essa que segue o modelo de Manchester, quatro Gabinetes de Atendimento Médico, uma sala de procedimentos/reanimação, uma sala de aerossóis e uma sala de espera. O Internamento de Curta Duração tem uma lotação de 7 camas e destina-se a todas as crianças, com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, que necessitem de acompanhamento da sua situação clínica por um período de 24 horas. A equipa que integra este serviço é multidisciplinar sendo constituída por profissionais médicos, enfermeiros, técnicos especializados de diferentes áreas e administrativos. No que concerne à equipa de enfermagem esta tem 14 elementos sendo a maioria deles enfermeiros especialista EESCJ. A nível organizacional tem 1 enfermeiro por posto de trabalho, tendo sempre um enfermeiro especialista EESCJ por turno. Este centro hospitalar foi reconhecido como um “Hospital Amigo dos Bebés” em 2012, tendo todo o serviço de Pediatria o compromisso da promoção de aleitamento materno e das competências parentais.

A realização de estágio neste local teve a duração de 3 semanas e foi o primeiro contexto de estágio no percurso rumo a especialista. De acordo com a temática, as competências parentais no aleitamento materno, ambicionei em todos os contextos de estágio a prestação de cuidados a crianças/jovens e famílias em que realizasse intervenções de promoção destas.

Refletindo sobre o conceito de competência de um indivíduo Le Boterf (2005) refere os três eixos de competência, os formados pela pessoa, pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional. A competência refere-se a um conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais adquiridas inicialmente pela formação e aprendizagem e avaliadas posteriormente pelo sistema de avaliações. As competências referem-se sempre a um contexto específico, no qual os conhecimentos obtidos através das aprendizagens são utilizados e comunicados.

No percurso formativo na UP, pretendi a mobilização de recursos e a integração de saberes na minha prática de cuidados e a reflexão sobre as experiências vividas na

prestação de cuidados, em especial as que se ligavam à parentalidade e aleitamento materno.

Neste contexto de estágio, refiro que a intervenção de enfermagem no desenvolvimento de competências parentais deve ser realizada tendo em conta a rede de conhecimentos parentais pessoais e educacionais na prestação de cuidados aos filhos. Collière (2003) enfatiza que a enfermagem, enquanto profissão, tem como objetivo principal o cuidar, passando este pelo acompanhamento da pessoa nas grandes passagens da vida. O nascimento de um filho conduz a uma crise (transição desenvolvimental) no ciclo de vida (Meleis, 2012). Neste contexto de Urgência Pediátrica contactei com muitos pais que se encontravam a viver esta transição que a parentalidade representa. Segundo um estudo de investigação realizado por Martins (2013), este refere que pela natureza dos cuidados que prestam os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para identificar necessidades e potencialidades congruentes com as expectativas parentais, desempenhando assim um papel determinante na adaptação à parentalidade.

Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher (2000) salientam a importância de as intervenções de enfermagem serem guiadas pela avaliação da transição (avaliação da natureza da transição, dos condicionalismos da transição e dos padrões de resposta). A teoria das transições possibilita uma visão mais aprofundada sobre as transições, proporcionando orientações mais específicas para a prática. As intervenções terapêuticas de enfermagem ajudam as pessoas facilitando as transições dirigidas para a saúde e perceção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento, através dos quais possam mobilizar a sua energia (Meleis, 2010, 2012).

Neste contexto, tendo por base estes autores, enfatizo que o enfermeiro nas intervenções de enfermagem tem o dever de assistir e ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo da vida. As estratégias de cuidado transicional inserem-se na compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiencia.

Na prestação de cuidados às crianças/jovens e pais que recorriam a este serviço procurei avaliar, apoiar e estimular o desenvolvimento da parentalidade. Utilizando a metodologia do processo de enfermagem (Carpenito, 2007), recolhi informação sobre a família (Apreciação/avaliação inicial), identifiquei os problemas e focos de intervenção (diagnóstico), estabeleci prioridades e planeei a intervenção (planeamento), realizei

as intervenções planeadas (implementação) e avaliação dos cuidados prestados especialmente na promoção das competências parentais (Avaliação).

No âmbito da metodologia do processo de enfermagem, tendo em conta a investigação e a apreciação inicial, realizei observações dos comportamentos parentais dos pais das crianças de quem cuidei. Saliento a identificação de necessidade de educação ao nível dos comportamentos parentais de higiene e de conforto (dar banho, mudar a fralda); comportamentos parentais na alimentação (detetar sinais de fome, alimentar o lactente, colocar na posição de eructação); comportamentos parentais de cuidados à pele e tegumentos (limpar e proteger a pele e tegumentos); comportamentos parentais na eliminação fecal e vesical (mudar a fralda); comportamentos parentais no âmbito emocional (confortar, acariciar, pegar ao colo, abraçar); comportamentos parentais de vinculação.

Para dar respostas às necessidades identificadas de educação parental realizei intervenções de enfermagem em parceria com os pais, proporcionando-me um conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individualizadas à criança e família de acordo com o preconizado pela Ordem dos enfermeiros nas competências de enfermeiro EESCJ (Ordem dos Enfermeiros, 2011^o).

Na prestação de cuidados à criança e família, na sala de internamento de curta duração, saliento as oportunidades de desenvolvimento de intervenções de enfermagem na promoção do papel parental, no incentivo ao papel parental durante esta hospitalização, na promoção do envolvimento parental nos cuidados à criança/jovem, na educação parental sobre a alimentação da criança/jovem, na educação parental sobre o desenvolvimento infantil, na educação parental sobre o aleitamento materno e na educação parental sobre as doenças pediátricas. Tudo isto permitiu-me iniciar um caminho na aquisição das competências de promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e promoção da vinculação, segundo o preconizado pela Ordem dos enfermeiros nas competências de enfermeiro EESCJ (Ordem dos Enfermeiros, 2011^o).

Na Urgência Pediátrica contactei com crianças/jovens com doenças características da idade pediátrica, especialmente gastroenterites, infeções respiratórias e infeções urinárias. Algumas destas crianças necessitaram de internamentos de curta duração pelo que se verificou pertinente a pesquisa bibliográfica sobre hospitalização, emergência e crise familiar. Segundo Jorge (2004), a hospitalização infantil apresenta-se como uma crise geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, deve

ser realizada a hospitalização conjunta da criança/família, necessitando ser mobilizados pela família recursos internos e externos para responder a esta situação de crise. Numa crise por uma situação inesperada (acidente, doença) o *stress* precipitante é real e surge de realidades alheias ao indivíduo e sistema familiar. Frequentemente as famílias adaptam-se bem aos efeitos deste tipo de crises (embora exija alguns movimentos de adaptação), porque existe pouca percepção de culpa e por receberem apoio adequado e recíproco do ambiente que as rodeia (Jorge, 2004).

Para a intervenção de enfermagem importa salientar as estratégias que podem ser mobilizadas pela família para a gestão da crise relativa à hospitalização infantil (Jorge, 2004, Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2011). De entre elas saliento a procura de apoio social, a procura de informação, a religiosidade, a redefinição da situação (*mecanismos de coping*) e a resolução de problemas.

Face à hospitalização de um filho, os pais passam por várias fases, como negação, raiva, sentimentos de culpa, frustração, depressão, medo e ansiedade (Jorge, 2004, Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2011).

Tendo em conta os autores anteriormente citados, na intervenção de enfermagem no âmbito da hospitalização da criança/jovem, saliento alguns aspetos a ter em conta na abordagem parental e na abordagem infantil. Em relação à parental, enfatizo alguns aspetos para minorar os efeitos negativos como saber escutar, identificar emoções, medos e preocupações parentais. Em relação à infantil saliento as seguintes intervenções de enfermagem: avaliar a criança no momento da admissão, preparar a criança para a hospitalização tendo em conta a faixa etária, prevenir ou minimizar a separação parental, minimizar a perda de controlo infantil, prevenindo ou minimizando o medo de lesão corporal.

Neste serviço contactei também com uma criança de 5 anos que tinha caído de um primeiro andar e que entrou na Urgência Pediátrica com perda da consciência. Mais tarde apresentou um episódio de paragem cardiorrespiratória que necessitou de uma rápida resposta de toda a equipa. No decorrer deste episódio, colaborei com a equipa na prestação de cuidados a esta criança. Esta situação foi uma aprendizagem no reconhecimento e prestação de cuidados em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte da criança/jovem.

A emergência é um acontecimento que requer uma atuação rápida. De um modo geral, perante uma emergência as famílias sentem-se bloqueadas e incapazes de mudar a situação, necessitando de ajuda externa. Quando a hospitalização ocorre

devido a um acontecimento súbito e urgente, exigirá sempre adaptações imediatas no sentido de manutenção do equilíbrio familiar prévio e da não alteração do relacionamento entre pessoas (Jorge, 2004, Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2011). Tendo em conta estes autores, saliento as intervenções de enfermagem que auxiliam na redução do medo e ansiedade que essa experiência provoca. Nestes casos de atuação de urgência devido à instabilidade vital da criança/risco de morte pouco ou nenhum aconselhamento preparatório parental pode ser realizado. Aconselha-se as intervenções pós-procedimento ou aconselhamento subsequente ao acontecimento. Estas envolvem garantir a privacidade, aceitar as diversas respostas emocionais (dor e medo) preservar o contacto criança/pais, permanecer calmo e explicar os procedimentos efetuados.

De acordo com o descrito, dei um passo importante para a aquisição das competências do enfermeiro EESCJ relacionadas com a mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória, desenvolvimento de conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico, realização de intervenção de enfermagem nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, segundo o preconizado pela Ordem dos enfermeiros nas competências de enfermeiro EESCJ (Ordem dos Enfermeiros, 2011^o).

Na prestação de cuidados na Urgência Pediátrica, foi-me possível refletir sobre a importância da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, com vista ao encaminhamento precoce. Para tal, realizei uma pesquisa sobre a avaliação do crescimento desenvolvimento infantil segundo os autores Hockenberry, Wilson & Winkelstein (2011) e a Escala de Avaliação do Desenvolvimento *Mary Sheridan* modificada, considerei um grande auxílio a leitura do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil pois permitiu-me perceber, esquematicamente, os vários parâmetros a avaliar em cada idade pediátrica (Direção-Geral da Saúde, 2013^a).

Tendo por base a consulta de documentação anteriormente citada, relativamente à avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil, de entre as intervenções de enfermagem saliento a importância de minimizar o *stress* e a ansiedade associado à avaliação corporal, realizar o estabelecimento de uma relação de confiança, permitir a preparação da criança, preservar a relação de confiança pais filhos e maximizar a precisão dos achados da avaliação efetuada. Com a prestação de cuidados neste

local, foi-me possível iniciar um caminho no sentido de adquirir conhecimentos sobre a avaliação do desenvolvimento infantil por forma a realizar a sua avaliação segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento *Mary Sheridan* modificada e a realizar educação parental e encaminhamento da criança para recursos da comunidade sempre que oportuno. De acordo com o descrito, dei um passo importante no sentido de aquisição das competências do enfermeiro EESCJ relacionadas com a aquisição e demonstração de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil, segundo o preconizado pela Ordem dos enfermeiros nas competências de enfermeiro EESCJ (Ordem dos Enfermeiros, 2011^o).

Em relação à área da promoção da saúde na aquisição comportamentos potenciadores de saúde, no contexto de Urgência Pediátrica, além da sua promoção na prestação de cuidados, desenvolvi também uma sessão de educação parental relativa ao aleitamento materno e alimentação saudável. A justificação da pertinência desta sessão de educação para a saúde decorreu de reunião com a enfermeira chefe, do diálogo com os elementos da equipa de enfermagem e do vivenciado na minha prática de prestação de cuidados.

A família influencia na promoção da saúde infantil, por isso é importante o enfermeiro estar consciente dos vários tipos de estruturas e teorias familiares, para o entendimento das mudanças que ocorrem dentro da família e para direccionar intervenções no sentido da promoção da saúde (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2011).

Procurei igualmente sensibilizar a equipa de enfermagem, ao realizar uma sessão de formação em contexto de trabalho sobre a temática *“A capacitação parental e as novas abordagens para o desenvolvimento infantil”*. A justificação da pertinência desta sessão de formação em contexto de trabalho baseou-se nas informações transmitidas pela enfermeira chefe e elementos da equipa de enfermagem. Esta sessão tinha por base a análise do artigo *“The Touchpoints model of development”* para a realização de um espaço de partilha de experiências e uma análise das práticas de enfermagem na Urgência Pediátrica.

De acordo com o relatado dei mais um passo no sentido do desenvolvimento das competências do enfermeiro EESCJ no que se refere à procura de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos

potenciadores de saúde, na avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança e família relativos à saúde e na aquisição de comportamentos relativos à saúde, segundo o preconizado pela Ordem dos enfermeiros nas competências de enfermeiro EESCJ (Ordem dos Enfermeiros, 2011^c).

A realização da formação, em contexto de trabalho, constituiu-se um passo no sentido da reflexão da prática com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na Urgência Pediátrica. Tendo em conta as competências comuns de enfermeiro especialista, identifiquei oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados, colaborei num projeto existente no serviço relativo à educação parental e planeei uma sessão de reflexão sobre práticas de cuidados enfermagem no sentido de melhoria dos cuidados prestados, segundo o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2011^a).

A elaboração desta reflexão contribuiu para a melhoria do meu desempenho e competência na prestação de cuidados inerentes ao enfermeiro EESCJ, segundo o preconizado no domínio das aprendizagens profissionais pela Ordem dos Enfermeiros (2011^a). Segundo Le Boterf (2005) um profissional que age com competência é reconhecido através de três dimensões, a dimensão dos recursos disponíveis (conhecimentos, saber fazer, capacidades cognitivas, etc.), dimensão da ação e dos resultados produzidos (práticas profissionais de desempenho) e dimensão da reflexividade (distanciamento, formalização, retorno reflexivo).

Referências Bibliográficas:

Collière, M. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. (2^a ed). Loures: Lusociência.

Direção-Geral da Saúde (2013^a). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido a 13-10-2014. Disponível em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/CRSMCA/PNSIJ_2013.pdf

Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8^a ed.) Rio de Janeiro: Editora Elsevier.

Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança. (Re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Le Boterf, G. (2005). *Construir as Competências Individuais e Coletivas*. Alfragide: Edições ASA.

Martins, C. (2013). *A Transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem*. Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Lisboa.

Meleis, A., Sawyer, LM, Im, EO, Hilfinger Messias, D.K & Schumacher K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. Acedido a 22-12-2014. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_transitions_an_emerging_middle-range_theory

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ordem dos Enfermeiros (2011^a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 12-12-2014. Disponível em http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0864808653.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011^c). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Criança e Jovem*. Acedido a 12-12-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

APÊNDICE VI

Manual de Aleitamento Materno

para pais

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**Manual de Aleitamento
Materno**

Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho nº5481

Barreiro

Novembro, 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**



Manual de Aleitamento Materno

Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho nº5481

Enfermeiro de referência: XXXXXXXXXX

Professor Orientador: Maria Teresa Magão

Barreiro

Novembro, 2014

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	3
COMO FUNCIONA A MINHA MAMA	4
COMO SE PROCESSA A AMAMENTAÇÃO	5
A COMPOSIÇÃO DO MEU LEITE	6
VANTAGENS DO MEU LEITE MATERNO PARA O MEU BEBÉ	7
VANTAGENS PARA A MÃE	8
CONTRAINDICAÇÕES DO LEITE MATERNO	9
DAR DE MAMAR AO SEU BEBÉ	10
COMO ULTRAPASSAR PEQUENAS DIFICULDADES	11
COMO AUMENTAR A PRODUÇÃO DE LEITE	14
EXTRAIR O SEU PRÓPRIO LEITE	15
CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO	16
LEGISLAÇÃO DE APOIO À MATERNIDADE E PATERNIDADE	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Medidas de estimulação do Reflexo de Ocitocina	
APÊNDICE II – Extração Manual de leite materno	
APÊNDICE III – Extração Mecânica de leite materno	
APÊNDICE IV – Legislação do Aleitamento Materno	

NOTA INTRODUTÓRIA

Este manual destina-se a pais que estejam a iniciar a amamentação. Nele encontrarão informação sobre como começar a fazê-lo e como evitar problemas comuns. Este manual é exclusivamente baseado no Manual do Aleitamento Materno da Unicef de 2012.

A amamentação é fácil, uma vez estabelecida. No entanto nos primeiros dias, pode existir a necessidade de aprendizagem por parte da mãe e do bebé. Se necessário poderão contar com a ajuda da equipa de enfermagem da Área Obstétrica e Pediátrica.

É consensual que o leite materno é a melhor forma de alimentação para o bebé e um agente importante para um bom percurso de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo Internacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas (UNICEF), o aleitamento materno exclusivo é recomendado desde o nascimento até aos seis meses de vida e a manutenção da amamentação até aos dois anos de idade.

COMO FUNCIONA A MINHA MAMA

O mamilo e a área de pele mais escura que o rodeia chama-se aréola mamária. Na aréola encontram-se umas pequenas glândulas chamadas (glândulas de Montgomery) que segregam um fluido oleoso para manter a pele saudável.

No interior da mama estão os alvéolos que são pequenos sacos compostos por células secretoras de leite. A prolactina (hormona) faz com que estas células produzam leite. Em torno dos alvéolos há células musculares, que se contraem e expulsam o leite para fora dos alvéolos. Uma hormona chamada ocitocina provoca a contração dessas mesmas células musculares.

Pequenos tubos, ou ductos, levam o leite dos alvéolos para o exterior. Sob a aréola, os ductos tornam-se mais largos permitindo que ao sugar o bebé recolha o leite.

Os alvéolos e os ductos estão rodeados por tecido de sustentação e por gordura, sendo estes a dar forma à mama. No entanto tanto as mamas grandes como as pequenas têm o mesmo tecido glandular e podem produzir uma grande quantidade de leite.

COMO SE PROCESSA A AMAMENTAÇÃO

A lactação é um processo complexo cuja eficácia depende de fatores hormonais, físicos e emocionais, todos eles interligados.

Ao amamentar, irá sofrer algumas transformações internas dando início a uma “explosão” de estímulos sensoriais que desenvolvem o processo de aleitamento.

Existem dois processos importantes durante a amamentação: Reflexo de Prolactina e Reflexo de Ocitocina.

O reflexo da prolactina faz com que haja uma maior produção de leite, uma vez que esta hormona estimula as células da mama, logo **quanto mais o bebé suga, mais leite é produzido**. Esta hormona é segregada em maior é importante amamentar neste período.

O Reflexo de Ocitocina permite que o leite flua com maior facilidade da mama e poderá ser estimulado ou inibido de acordo com o seu estado emocional. O facto de se sentir realizada como mãe, confiante nas suas capacidades, estimula a produção de ocitocina facilitando a saída do leite. O *stress*, a insegurança e preocupações em relação a esta nova fase da vida, podem ser fatores inibidores do reflexo de ocitocina.

A COMPOSIÇÃO DO MEU LEITE

O leite humano é típico da espécie humana, é único e inigualável na sua composição. É um alimento vivo, completo e natural, adequado a todos os recém-nascidos. O leite materno adapta-se à idade gestacional e modifica-se ao longo da mamada e ao longo dos meses, consoante a idade do bebé.

Os componentes principais do leite humano são: proteínas; lactose; lípidos; água; vitaminas; sais minerais; anticorpos e enzimas.

O leite materno pode ser classificado, na sua constituição, consoante o período do pós-parto: Colostro; Leite de transição e Leite maduro.

Colostro

O colostro é o primeiro leite e tem o aspeto de um líquido amarelo mais grosso, que mesmo em pequenas quantidades, é o suficiente para cobrir as necessidades alimentares nos primeiros dias de vida do recém-nascido. É rico em proteínas e imunoglobulinas, o que confere ao recém-nascido a primeira “imunização” para o proteger contra a maior parte das bactérias e vírus.

O colostro tem um efeito laxativo e auxilia a expulsar o mecónio (primeiras fezes muito escuras), o que ajuda a prevenir a icterícia fisiológica.

Leite de transição

O leite de transição é produzido entre o 7º e o 14º dia e tem um aspeto mais aguado, o que leva muitas mães a pensar que é um leite fraco. Não é verdade, uma vez que o seu teor em lípidos e lactose aumenta, tornando-o num leite com maior valor calórico.

Leite maduro

O leite maduro é também designado por leite definitivo, surge por volta do 15º dia e tem uma cor mais branca e um aspeto mais consistente.

A composição do leite humano varia do início para o fim da mamada. O leite que é produzido no início da mama flui mais rapidamente tendo mais volume e menos gordura e calorias. É através deste leite que o recém-nascido recebe a água que necessita. No fim da mamada surge um leite mais esbranquiçado e rico em gordura. É o alto teor de gordura contido no leite no final da mamada, que fornece mais de metade da energia do leite humano e que satisfaz verdadeiramente o recém-nascido.

VANTAGENS DO MEU LEITE MATERNO PARA O MEU BEBÉ

O leite materno, para além de estar sempre disponível na temperatura adequada e não requerer tempo para preparação, é o mais apropriado de todos os leites disponíveis para o bebé.

É digerido com mais facilidade, é fresco e livre de bactérias e protege a mucosa intestinal o que reduz o risco de perturbações gastrointestinais.

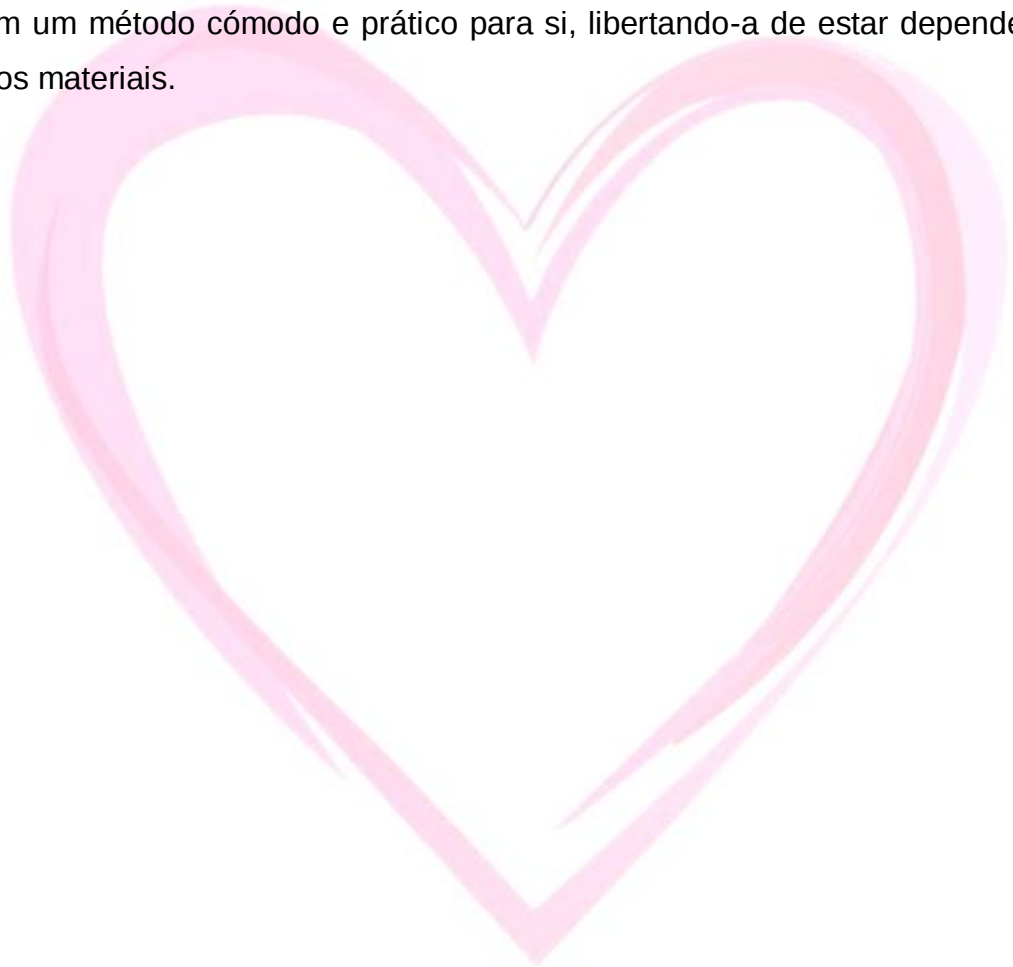


VANTAGENS PARA A MÃE

O aleitamento materno traz vantagens também para si. As mulheres que amamentam recuperam a sua forma física mais rapidamente após o parto, estão mais protegidas contra o cancro da mama e têm menor risco de desenvolverem cancro do ovário e útero.

O aleitamento materno promove também, o vínculo mãe-filho e o equilíbrio psicoafectivo, existindo desta forma menor tendência para a depressão pós-parto.

A amamentação representa um custo mais baixo para as famílias, constituindo também um método cómodo e prático para si, libertando-a de estar dependente de recursos materiais.



CONTRAINDICAÇÕES DO LEITE MATERNO

Contraindicações temporárias

Existem certas situações em que as mães não devem amamentar, por exemplo, mães com algumas doenças infecciosas como a varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada ou ainda quando tenham de efetuar uma medicação imprescindível não compatível com a amamentação.

Durante este período de tempo, os bebés devem ser alimentados com leite artificial por copo ou colher, e a produção de leite materno deverá ser estimulada, para que se mantenha e retome a amamentação logo que possível.

Contraindicações definitivas

As contra-indicações definitivas do aleitamento materno não são muito frequentes, mas existem: mães com doenças graves, que necessitem de fazer medicação que seja prejudicial ao bebé; mães infetadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); mães toxicodependentes ou em programa de terapêutica de substituição com dosagens elevadas (metadona > 50mg); e ainda, bebés com doenças metabólicas raras, como a fenilcetonúria e a galactosémia.

DAR DE MAMAR AO SEU BEBÉ

O sucesso do aleitamento materno depende do seu desejo de amamentar o seu filho. No entanto uma **boa técnica de amamentação**, um **correto posicionamento** e uma **pega eficaz**, são fatores também eles determinantes. Quando a harmonia e o equilíbrio eficaz destes fatores não ocorre, desencadeia-se uma sucessão de complicações, tais como ingurgitamento mamário, dor, fissuras, insuficiente produção de leite, choro, má evolução ponderal, que no conjunto levam ao fracasso do aleitamento materno e à substituição pelo leite artificial.

Postura do seu bebé

Ao colocar o seu bebé à mama, deve procurar a posição mais confortável, contudo para qualquer uma delas, aqui ficam umas sugestões:

- ✓ Segure o seu bebé bem aconchegado a si;
- ✓ Mantenha a face do bebé voltada para a mama, com a cabeça, os ombros e o corpo numa linha reta (a barriga deve ficar encostada e virada para si);
- ✓ Leve o bebé à mama e não a mama ao bebé;
- ✓ A boca deve ficar bem aberta (apanhando a maior área possível da aréola) com os lábios virados para fora e com o queixo a tocar na mama.

No início da mamada o bebé tem sucções mais rápidas que vão ficando cada vez mais lentas, profundas e com pausas.

Uma vez que o leite do final da mamada é o que sacia o bebé, este deve esvaziar totalmente uma mama, oferecendo depois a outra, caso não fique satisfeito. Desta forma deverá iniciar-se a próxima mamada, pela mama que foi oferecida na mamada anterior em último lugar.

O aleitamento deve ser em horário livre, pois faz parte do comportamento normal do recém-nascido mamar com frequência, sem regularidade quanto a horários. O tempo de permanência na mama em cada mamada também não deve ser estabelecido, uma vez que a habilidade do bebé em esvaziar a mama é variável.

COMO ULTRAPASSAR PEQUENAS DIFICULDADES

As primeiras semanas da amamentação podem ser uma fase complicada, principalmente para as mães que amamentam pela primeira vez, devido à inexperiência e a técnicas de amamentação menos corretas.

Mamas muito cheias (Ingurgitamento Mamário)

Habitualmente, entre o 2º e o 5º dia após o parto as mamas podem ficar quentes, pesadas e dolorosas como consequência do aumento da produção de colostro. Pode vir a ter também um ligeiro aumento de temperatura corporal até aos 38°C, durante 24 horas.

Deve continuar a amamentar em horário livre e/ou extrair o excesso de leite de maneira a ficar mais confortável.

Se o leite não for extraído em quantidade suficiente as mamas podem ficar ingurgitadas, tensas com pele de aspeto luzidia. Para solucionar o problema deve esvaziar um pouco a mama antes de iniciar a mamada (para facilitar a pega do bebé), amamentar em horário livre, aplicar compressas de água quente, efetuar uma massagem levemente no sentido do mamilo para ajudar a fluir o leite e realizar esvaziamento manual ou com bomba de extração de leite. Pode aplicar compressas frias ou gelo após a mamada para alívio da dor, evitando a zona do mamilo.

Bloqueio dos ductos e Mastite

No mamilo abrem-se cerca de 10 a 20 canais que drenam o leite que se denominam de ductos mamários. Um ou mais destes ductos podem ficar bloqueados sendo as principais causas, o posicionamento incorreto do bebé e um soutien demasiado apertado. Nesta situação irá sentir um nódulo, que se poderá apresentar avermelhado. Não se irá sentir doente.

Caso esta situação não se resolva, poderá evoluir para uma mastite que é uma infeção bacteriana da mama. A mastite compromete o seu estado geral, provocando dor local intensa, febre e mal-estar geral. A mama apresenta-se com edema, avermelhada e quente.

Deve manter a amamentação começando pela mama não afetada, colocar o seu bebé em diferentes posições para garantir a drenagem total da mama e utilizar um soutien

que sustente mas não aperte demasiado. Antes da mamada deve de aplicar compressas quentes e após a mesma, compressas frias.

Habitualmente com as medidas anteriores, consegue-se uma melhoria dos sintomas, contudo caso não se verifique deverá procurar um médico.

Mamilos dolorosos ou com fissuras

Os mamilos dolorosos ou fissurados podem ser motivados por uma má adaptação do bebé à mama, (em que este suga só na ponta do mamilo), por ingurgitamento mamário, e lavagem excessiva dos mamilos com sabão.

Para prevenir ou melhorar esta situação deve corrigir a pega e a posição do seu bebé, não lavar os mamilos com sabão e lavar apenas uma vez por dia e espalhar o próprio leite no mamilo no final da mamada (formará uma camada protetora). Poderá também utilizar cremes à base de lanolina para hidratação, expor os mamilos ao ar e ao sol (nas horas de radiação menos intensa) sempre que possível no intervalo das mamadas, e efetuar esvaziamento mamário em caso de ingurgitamento.

Candidíase Mamária

A Candidíase é uma infeção fúngica comum, que poderá provocar uma dor profunda, muitas vezes descrita como “agulhas” a picarem a mama, comichão e ardor ou sensação de queimadura persistente. A pele pode ficar vermelha, brilhante e descamativa.

Deve procurar na boca do bebé a existência de aftas ou manchas brancas na língua. Nesta situação deverá recorrer a ajuda médica, pois é necessário ser medicada.

Mamilos invertidos

O mamilo invertido ou retraído é uma situação comum entre as mulheres, contudo este é apenas 1/3 daquilo que o bebé deve pôr na boca, o que não impossibilita a amamentação.

Quando a mama está muito cheia, torna a pega do bebé mais difícil, pelo que é favorável retirar um pouco de leite antes da mamada. Pode ainda espremer um pouco de leite na boca do bebé, para que este fique mais motivado. Pode também tentar que o mamilo fique mais saliente, utilizando uma bomba ou uma seringa várias vezes ao dia e sempre antes de amamentar para facilitar a exteriorização do mamilo.

Se continuar com dificuldades não hesite em procurar ajuda a um técnico de saúde ou alguém com experiência na amamentação.

Pouco leite ou choro do bebé

Muitas mães pensam que o seu leite é insuficiente porque o seu bebé chora mais do que é habitual, quer sugar mais frequentemente, demora muito ou adormece a mamar. O choro é a única forma que o seu bebé tem de transmitir um desconforto, que nem sempre é fome... contudo é importante amamentar o seu bebé em horário livre (sempre que ele assim o deseje), permitir que este esvazie uma mama por completo (até que largue espontaneamente), e só depois oferecer a outra. Deve garantir que o bebé esteja bem acordado, nem que para isso tenha que aliviar algumas peças de roupa.

Se quer aumentar a produção de leite deve amamentar com mais frequência, principalmente durante a noite (quando a libertação de prolactina é superior), e retirar o leite sempre que o bebé não quiser mamar.

O peso das fraldas entre as mamadas e o aumento de peso, são dois bons indicadores de que o seu bebé está a ser bem alimentado.

COMO AUMENTAR A PRODUÇÃO DE LEITE

A capacidade de produção de leite é determinada pela correta estimulação do mamilo e aréola. Quanto mais frequente é a estimulação da mama mais leite se produz. O desenvolvimento da mama, preparando-a para amamentar acontece na gravidez e parto. Estes dois acontecimentos facilitam a lactação.



EXTRAIR O SEU PRÓPRIO LEITE

Extraí-lo pode ser útil para permitir o alívio e o esvaziamento da mama no ingurgitamento mamário, aumentar a produção de leite ou manter quando a mãe ou o bebê estão doentes, disponibilizar leite materno quando a mãe se ausenta e evitar perdas de leite quando a mãe está longe.

A expressão manual é o método mais útil uma vez que, pode extrair leite a qualquer hora e em qualquer lugar, sem precisar de instrumentos. Deve lavar bem as mãos com sabão imediatamente antes de manusear o recipiente contentor (lavado e esterilizado) e proceder à recolha de leite. Esta expressão é fácil quando as mamas estão moles, mas é difícil quando estão ingurgitadas, no entanto a extração pode demorar 20 a 30 minutos.

Só irá conseguir fazer a expressão manual eficientemente se o reflexo de ocitocina for estimulado (ver Apêndice I – Medidas de Estimulação do Reflexo de Ocitocina), pelo que deve:

- ✓ Procurar lugar tranquilo e com privacidade;
- ✓ Adotar posição confortável;
- ✓ Ter o bebê próximo ou uma fotografia dele.

Se necessitar de ajuda não hesite em procurar apoio de um técnico de saúde (Apêndice II).

Se não conseguir fazer expressão manual pode recorrer à extração mecânica utilizando uma bomba que pode ser manual ou elétrica (Apêndice III).

Frequência da extração de leite materno

A frequência da extração do leite materno depende do motivo pelo qual necessita de a realizar.

No caso de querer estabelecer o aleitamento materno, alimentar um bebê de baixo peso ou doente, deve começar a extrair o leite no primeiro dia, o mais rapidamente possível após o parto. A extração deve ser feita de 3/3h, inclusive durante a noite.

Se necessitar de aumentar a sua produção de leite, deve extraí-lo no período diurno de 2/2h e no período noturno de 3/3h, só durante alguns dias.

CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

Para a conservação do leite materno, este deve ficar armazenado em recipientes coletores previamente lavados e esterilizados e devidamente etiquetados com a data e a hora da colheita.

O leite materno pode ser armazenado na prateleira do frigorífico por 48 horas, imediatamente a seguir à sua extração.

Se conseguir extrair em maior quantidade do que a necessidade do bebé, pode congelar o seu leite materno. Se o congelador se situar dentro do frigorífico, não deve ultrapassar as 2 semanas, se este se situar fora do compartimento do frigorífico (combinados), 3 meses e por 6 meses se for congelado em arca frigorífica.

A descongelação deverá ser lenta, dentro do frigorífico. Depois de descongelado deverá ser utilizado no prazo de 24 horas. O aquecimento deverá ser em “banho-maria” na altura que o bebé mamar. Depois de aquecido, não pode ser reaquecido.

Amamentação – Apoios Comunitários

Em Portugal já existem várias iniciativas públicas e privadas de apoio a mães que amamentam. Já vários Hospitais são Hospitais Amigos dos Bebés que oferecem ajuda efetiva às mães que amamentam. Para consultar a lista de hospitais amigos dos bebés ir a:

<http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101114&m=5&sid=1810111414&cid=5376>

Existem nos Centros de Saúde, Comunidades Amigas dos Bebés que oferecem ajuda a mães que amamentam.

Existe igualmente linhas telefónicas de apoio à amamentação:

- Linha SOS amamentação;
- 21 388 09 15 (das 10h às 18h);
- Fora do horário de serviço: **915 340 900** Isabel Rute (Lisboa/Linda-a-Velha) **934 511 353** Ana Raposeira (Caldas da Rainha), **934 300 906** Teresa Félix (Lisboa/Oeiras), **912 471 922** Helga Matos (Amadora/Belas), **966 774 202** Sílvia Oliveira (Madeira), **962 810 217** Sofia Gonçalves (Lourinhã), **969 610 288** Sara Nobre (Aveiro), **91 907 15 15** Patrícia Silva (Vila Franca de Xira).

LEGISLAÇÃO DE APOIO À MATERNIDADE E PATERNIDADE

Tanto a mãe como o pai têm direito a uma licença parental inicial de 120 ou 150 dias consecutivos, que podem partilhar após o parto. Se optarem por partilhar a licença parental inicial e cada um gozar, em exclusivo um período de 30 dias consecutivos ou dois períodos de 15 dias após as seis semanas obrigatórias da mãe, o período de licença de 120 ou 150 dias e respetivo subsídio, consoante a opção, é acrescido de 30 dias. Desta forma, a mãe poderá gozar o período inicial de 120 ou 150 dias, e o pai imediatamente a seguir os 30 dias de acréscimo.

No caso de nascimentos múltiplos, o período de licença é acrescido de 30 dias por cada gémeo além do primeiro.

Existe ainda uma licença parental exclusiva do pai, de dez dias úteis, seguidos ou interpolados, nos 30 dias seguintes ao nascimento do filho (cinco dos quais, têm que ser gozados de modo consecutivo imediatamente a seguir ao nascimento). No caso de nascimentos múltiplos, acrescem dois dias por cada gémeo além do primeiro.

No que diz respeito ao subsídio, irá receber 100% da remuneração de referência se optar por uma licença de 120 ou 120+30 dias, ou de 83% se optar por uma licença de 150+30.

Se houver a necessidade de internamento do seu bebé, (Unidade de Neonatologia ou Pediatria), tem direito a interromper a sua licença, substituindo por uma baixa de assistência à família, durante o período de hospitalização.

O retorno ao trabalho é normalmente motivo de alguma ansiedade e de preocupação, quando se está a amamentar. Apesar de atualmente se estar a viver um período conturbado em termos de condições de admissão no mundo do trabalho, será muito útil conhecer a legislação existente que protege a amamentação. Basicamente a legislação referida no Diário da Republica, série I-A, Dec. Lei nº 44/2000, artigo 14º, menciona que as mães, que comprovadamente amamentem os seus filhos, têm direito a dispensa diária do trabalho de dois períodos distintos, de uma hora, durante todo o tempo que estes sejam alimentados com leite materno, sem qualquer perda de remuneração ou outras regalias (Apêndice IV).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lei 7/2009 de 18 de Março (2009). *Código do trabalho*. Acedido 20-11-2014. Disponível em http://drapl.gov-madeira.pt/legislacao/parentalidade_CT.htm

Levy, L. & Bértolo, H. (2012) *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*





APÊNDICES



APÊNDICE I
Medidas de estimulação do Reflexo de Ocitocina

Para ajudar o reflexo da ocitocina:

- Ter sentimentos agradáveis como sentir-se contente com o seu bebé;
- Ter prazer com o bebé;
- Tocar, olhar ou mesmo ouvir o bebé;
- Confiança na sua capacidade de amamentação;
- Convicção de que o seu leite é o melhor para o bebé.

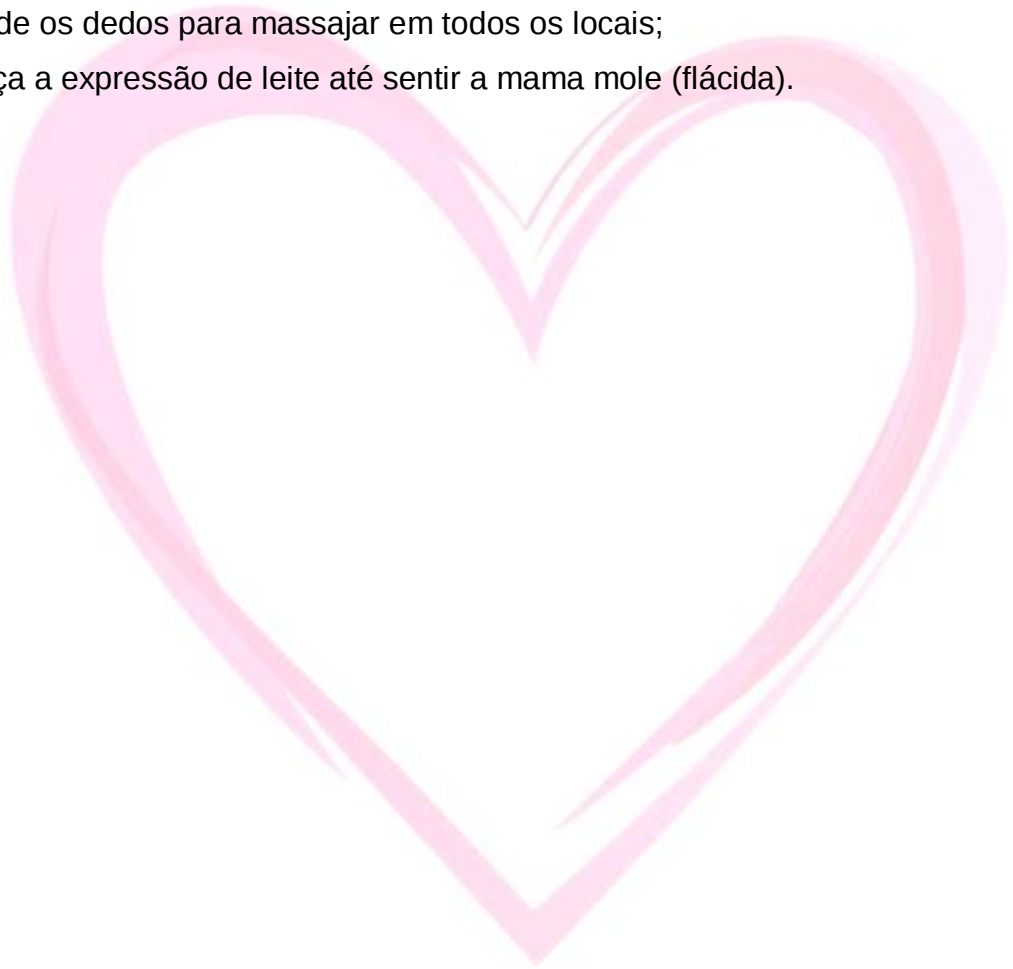




APÊNDICE II
Extração Manual de leite materno

Como extrair leite manualmente:

- 1) Lave bem as mãos antes de iniciar a extração;
- 2) Sente-se confortavelmente, coloque o polegar sobre a parte superior da aréola e o indicador sobre a aréola mamária e pressione em direção ao tórax (costelas), não deve deslizar os dedos para não magoar;
- 3) Pressione e solte de seguida, não deve sentir dor, se sentir é porque não está a realizar a técnica corretamente;
- 4) O leite deve começar a sair, primeiro em pequena quantidade e depois em maior quantidade;
- 5) Rode os dedos para massajar em todos os locais;
- 6) Faça a expressão de leite até sentir a mama mole (flácida).





APÊNDICE III
Extração Mecânica de leite materno

Para extração mecânica de leite materno existem bombas elétricas e bombas manuais. Antes de iniciar a extração devem ser tidos os cuidados de higiene com as mãos e com o equipamento da bomba em contacto com o leite materno (esterilização). Nas bombas elétricas ou a bateria deve colocar a mama junto à peça de sucção e ligar a máquina e deixar que inicie a extração do leite. O leite extraído é armazenado num recipiente conectado à bomba. As bombas elétricas permitem o ajuste da intensidade e velocidade de extração. Deve extrair a uma velocidade confortável sem magoar.

Nas bombas de extração manual existe igualmente uma peça de sucção que é colocada junto à mama para extração do leite. Nestas bombas o leite é extraído através da pressão manual exercida numa alavanca ou manivela.

Em ambas as bombas é indicado um tempo médio de 15 a 45 minutos para esvaziar a mama de ambos os lados. Estas bombas tentam imitar o movimento de sucção dos bebés estimulando a “descida do leite” sem causar dor.



APÊNDICE IV
Legislação do Aleitamento Materno

Código do Trabalho

Artigo 47.º — Dispensa para amamentação ou aleitação

- A mãe que amamenta o filho tem direito a dispensa de trabalho para o efeito, durante o tempo que durar a amamentação.
- No caso de não haver amamentação, desde que ambos os progenitores exerçam atividade profissional, qualquer deles ou ambos, consoante decisão conjunta, têm direito a dispensa para aleitação, até o filho perfazer um ano.
- A dispensa diária para amamentação ou aleitação é gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com o empregador.
- No caso de nascimentos múltiplos, a dispensa referida no número anterior é acrescida de mais 30 minutos por cada gêmeo além do primeiro.
- Se qualquer dos progenitores trabalhar a tempo parcial, a dispensa diária para amamentação ou aleitação é reduzida na proporção do respetivo período normal de trabalho, não podendo ser inferior a 30 minutos.
- Na situação referida no número anterior, a dispensa diária é gozada em período não superior a uma hora e, sendo caso disso, num segundo período com a duração remanescente, salvo se outro regime for acordado com o empregador.
- Constitui contraordenação grave a violação do disposto neste artigo.

APÊNDICE VII

Estudo de caso realizado no
Internamento de Pediatria



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

ESTUDO DE CASO

Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho nº5481

Lisboa
Novembro de 2014



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

ESTUDO DE CASO

Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho nº5481

Enfermeira de referência: [REDACTED]

Sob a orientação da professora Maria Teresa Magão

Lisboa

Novembro de 2015

ÍNDICE

Introdução	3
1. Conhecimento da pessoa	5
1.1. Dados de identificação	5
1.2. História de vida pessoal desde a gestação até à atualidade.....	5
1.2.1. História de vida.....	5
1.2.2. Antecedentes pessoais de saúde	6
1.2.3. Antecedentes familiares de saúde.....	6
1.2.4. Situação social e económica	7
1.2.5. História da situação atual	7
1.3. Exame físico.....	8
1.4. Genograma, ecomapa e psicofigura de Mitchel	11
2. Análise dos dados pessoais	13
2.1. Análise segundo as etapas de desenvolvimento humano.....	13
2.2. Análise segundo o modelo explicativo do desenvolvimento humano.....	14
2.3. Análise segundo o Genograma, Ecomapa e Psicofigura de Mitchel.....	15
3. Identificação das necessidades alteradas	16
4. Formulação de diagnósticos de enfermagem/plano de cuidados	19
5. Conclusão e Reflexão Pessoal	26
Referências Bibliográficas.....	27

INTRODUÇÃO

Como estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, propus-me elaborar e desenvolver um estudo de caso, no serviço de Internamento de Pediatria, no decurso do estágio compreendido entre 21/10/14 e 18/11/14.

Escolhi realizar o estudo de caso, sobre uma lactente de 5 meses, do sexo feminino, que se encontrava internada neste serviço com diagnóstico de sépsis e a quem prestei cuidados no período de 4/11/14 a 7/11/14.

A realização deste trabalho visa o aprofundar de conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem a uma criança hospitalizada no Internamento de Pediatria e sua família. Visa a aplicação da metodologia do processo de enfermagem na prestação dos cuidados e documentação dos cuidados com recurso à nomenclatura CIPE.

A hospitalização infantil é uma experiência que tem repercussões na criança. Um estudo realizado por Redondeiro (2003) refere que devido à imaturidade emocional desta, requer dos profissionais e das instituições respostas específicas de forma a contemplar uma diversidade de necessidades e direitos. O espaço hospitalar é passível de intervenções ao nível do desenvolvimento infantil de modo a minimizar os efeitos da hospitalização.

De acordo com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, este deve proporcionar conhecimentos e aprendizagens de habilidades individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de saúde/doença (Ordem dos Enfermeiros, 2011^o).

A nível estrutural, o trabalho, desenvolve-se da seguinte forma: no primeiro capítulo realizo um estudo aprofundado da lactente, referindo a sua identificação, história pessoal e clínica, exame físico, genograma, ecomapa e psicofigura de Mitchel. O segundo capítulo é referente à análise dos dados segundo os modelos explicativos do desenvolvimento humano e segundo o genograma, ecomapa e psicofigura de Mitchel. No terceiro capítulo é realizada a identificação das necessidades segundo o Modelo de Virgínia Henderson. Realizo também uma avaliação do processo transicional segundo Meleis e Mercer.

O quarto capítulo é composto pela formulação de diagnósticos de enfermagem e elaboração dos respectivos planos de cuidados. O quinto capítulo é composto pela conclusão final do trabalho e reflexão pessoal.

1. CONHECIMENTO DA PESSOA

Considero que uma boa prestação de cuidados de enfermagem só é possível quando estes vão de encontro às necessidades das pessoas. Para tal, é indispensável um conhecimento atual e detalhado sobre as mesmas. Assim, neste capítulo será apresentada e analisada a história de vida da lactente escolhida. Para colher todos os dados que serão apresentados recolhi informações junto dos pais e familiares da lactente L.A., e através de consulta do processo clínico. Todos os dados estão descritos de forma a manter o anonimato.

1.1. Dados de identificação

<u>Nome:</u> L.A.	<u>Data de Nascimento:</u> 02/06/2014
<u>Local de Nascimento:</u> Centro Hospitalar Barreiro Montijo	<u>Idade:</u> 5 meses
<u>Sexo:</u> Feminino	<u>Estado Civil:</u> Solteira
<u>Local de Residência:</u> Quinta da Lomba	<u>Profissão:</u> Não tem
<u>Sistema de Saúde:</u> Sistema Nacional de Saúde	<u>Pessoa Significativa:</u> Pais

1.2. História de vida pessoal desde a gestação até à atualidade

1.2.1. História de vida

Mãe da lactente L.A. (Sra T.P) tem 22 anos, é de raça negra, tendo nascido em Angola. Residiu no Barreiro durante a infância e adolescência onde estudou até ao 12ºano. No percurso escolar teve alguns anos de insucesso escolar pelo que desistiu dos estudos após completar o 12º ano por opção. Sempre foi uma pessoa saudável tendo só referido ter “*doenças infantis, como varicela*” (sic).

O pai da lactente L.A. (Sr Y. S) tem 25 anos, nasceu em Portugal mas é descendente de Angolanos. Viveu com os pais e irmãos no V.A. onde estudou. Por ter tido vários anos de insucesso escolar, optou por realizar um curso profissional de cozinheiro (equivalente ao 12º ano). É neste ramo onde atualmente exerce a sua atividade

laboral, sendo esta a única fonte de rendimento do casal. O agregado familiar é composto unicamente pelo pai e mãe e a lactente LA.

A gravidez desta lactente LA foi falada e planeada pelo casal e bem aceite no seio familiar. Foi uma gravidez de 40 semanas e 3 dias, vigiada no Centro de Saúde. Mãe Orh+, strep B negativo, ecografias e serologias sem alterações. Mãe com parâmetros de infeção positivos no intraparto (febre, pcr 10.8mg/dl, leucócitos 13500ul, N81.4%) pelo que iniciou antibioterapia (ampicilina e gentamicina).

Foi um parto distócico por ventosa, Índice Apgar 7/7/7 com necessidade de reanimação com VPP com ambu, Peso ao nascer 3150g, comprimento 48.5cm, perímetro cefálico 34cm.

1.2.2. Antecedentes pessoais de saúde

No período neonatal esteve internada do dia 1 de vida ao dia 8 em neonatologia por Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR), asfixia neonatal e risco infeccioso, ecografia transfontanelar normal. Fez oito dias de antibioterapia dupla com ampicilina e gentamicina.

No que toca à alimentação fez aleitamento materno em exclusivo até aos 4 meses. Iniciou diversificação alimentar com sopa e frutas aos 4 meses sem intercorrências. Bom desenvolvimento estaturo-ponderal e psicomotor.

No que toca às Imunizações, está atualizado de acordo com o Plano Nacional de Vacinação. Fez a 1ª toma de Prevenar13. Sem outras doenças, internamentos ou cirurgias. Seguida pelo médico de família no Centro de Saúde.

Coabita com os pais.

1.2.3. Antecedentes familiares de saúde

A avó materna da lactente LA tem hipertensão arterial e o avô materno tem hipertensão arterial e diabetes tipo II. O avô paterno tem um sopro cardíaco.

1.2.4. Situação social e económica

A mãe da lactente LA têm como habilitações literárias apenas o 12º ano, tendo nessa altura abandonado a escola e ido trabalhar em empregos de *part-time*. Aos 20 anos passou a tomar conta de crianças, recebendo o ordenado mínimo. Quando ficou grávida desempregou-se e atualmente encontra-se desempregada a receber o subsídio de inserção social. O pai da lactente LA tem como habilitações literárias o 12º ano (equivalência profissional) tendo também abandonado a escola após ter realizado o curso profissional de cozinheiro. Deste então trabalha no sector da restauração. Atualmente vivem num apartamento num bairro social disponibilizado por um tio paterno que se encontrava doente e foi viver com os avós paternos passando o casal para o apartamento. O apartamento é de 2 assoalhadas, encontrando-se em degradado estado de conservação, tem água potável, luz elétrica e saneamento básico. Atualmente no apartamento só vive o casal e a lactente LA.

1.2.5. História da situação atual

Os pais da lactente L.A. recorreram com ela no dia 3 de Novembro ao serviço de Urgência Pediátrica devido a febre com duração de 5 dias que cede a antipiréticos. Já havia recorrido na sexta-feira dia 30/10/2014 por episódio semelhante, tendo tido alta. Refere que no dia 2/11/2014 iniciou tosse laríngea e apresenta recusa alimentar. Realizou no Serviço de Urgência avaliação laboratorial: Hemoglobina 8.1 g/dl, Ht 24.1 %, Leucócitos 27300 (N69.6%, L10.9%, M17.9%), PCR 373.8 mg/dl, TP 17 seg., INR 1.53, Fibrinogénio 1042 mg/dl, função hepática sem alterações.

Gasimetria: PH 7.357, PCO₂ 41, pO₂ 44.2 mmHg, glucose 109 mg/dl, lactato 2.6 mmol/L. Rx torax sem alterações.

Deu entrada no Internamento de Pediatria no dia 04/11/2014 com o diagnóstico de Sépsis (bacteriemia oculta) para estudo etiológico, vigilância e antibioterapia endovenosa. Realizou Urina II sem alterações. Urocultura (por cateterismo) negativa, hemocultura negativa, coprocultura negativa. Fez Punção Lombar: LCR límpido, normotenso, glicose 73 mg/dl, prot 28 mg/dl, LDH inferior 30UI/L. Pesquisa de Ag capsulares negativa.

Durante o internamento, que decorreu sem intercorrências, houve melhoria clínica progressiva. Cumpriu 4 dias de ceftriaxone endovenoso.

Realizou reavaliação analítica no dia 4 de internamento (7/11/14) que revelou melhoria dos parâmetros infecciosos (hemoglobina 11,1; LEUCOCITOS 16.000; N31%, PCR 26mg/dl).

Pela equipa médica considerar a lactente LA clinicamente melhorada foi dada alta para o domicílio (7/11/14) com indicação para cumprir mais 3 dias de ceftriaxone endovenoso em Hospital Dia e realizar reavaliação clínica em Hospital Dia a 10/11/2014.

1.3. Exame físico

Sinais Vitais:

Tensão Arterial – 116/76 mmHg

Pulso Radial – 102ppm

Temperatura – 36 C

Respiração – 29 crpm

Dor – Não apresentava dor (score 0)

Aparência geral:

A lactente apresenta-se bem cuidada e limpa. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Relativamente à forma do corpo e postura o torso é bem torneado com tecido subcutâneo suficiente e sem anomalias óbvias. Extremidades fletidas e pernas arqueadas. O tônus muscular é pronunciado, tem movimentos simétricos espontâneos, flexão e extensão iguais bilateralmente. A vigilância e estado de alerta são normais em geral é fácil de consolar quando aborrecida. O choro é forte e vigoroso.

Estado mental:

A lactente apresenta-se consciente e reativa, contacto afável e fácies expressivo.

Avaliação da Cabeça:

Apresenta a cabeça simétrica e proporcional relativamente às outras estruturas do corpo. Ausência de massas ou áreas moles sobre o crânio. O couro cabeludo encontra-se íntegro, sem nenhuma lesão. O cabelo é curto, macio, de coloração castanho-escuro, com textura forte e distribuído uniformemente.

Avaliação do Rosto:

Olhos – Simétricos alinhados com as orelhas, com a face e com a linha média do nariz. A íris castanha escura, igual bilateralmente. As escleróticas apresentam-se claras e conjuntiva clara. As pupilas são redondas e médias. Ducto lacrimal patente e palpável. Acuidade visual mantida. Nariz – Simétrico e localizado na linha média, de tamanho adequado à face. Narinas patentes com mucosas íntegras e hidratadas. Não se observa obstrução nasal. Apresenta o reflexo do espirro. Boca e Mucosa Labial – Boa simétrica com tamanho adequado à face e localizada na linha média. Apresenta lábios finos, rosados, húmidos, completamente formados, íntegros e hidratados. A língua apresentava-se rosada, íntegra e hidratada projetando-se para fora quando tocada. As mucosas apresentam-se húmidas, rosadas com salivagem moderada. O palato apresenta-se intacto sem arcos ou fissuras. Apresenta também integridade das papilas gustativas. Os reflexos de sucção, deglutição, procura e vômito estão presentes. Ouvidos – Pavilhões auriculares simétricos em tamanho, forma e coloração. O pavilhão auricular encontra-se bem curvado, cartilagem rígida e integridade cutânea mantida. Acuidade auditiva aparentemente mantida. Face – Simétrica, com pele hidratada, de tonalidade morena, íntegra e com a presença de algum lanugo.

Pescoço:

Simétrico da parte posterior e anterior, curto e sem membranas natatórias. Observa-se mobilidade ampla, sem nódulos ou outro tipo de alterações. A pele encontra-se íntegra. Os pulsos carotídeos são fortes, regulares e iguais bilateralmente.

Tórax: Simétrico, com pele íntegra, pálida e hidratada. As clavículas são regulares, simétricas, indolores, sem massas ou nódulos. As costelas são simétricas, flexíveis, sem massas nem crepitações. Mamas simétricas espaçadas, com aréolas em relevo no alinhamento horizontal e sem mamilos extra. A respiração é eupneica.

Abdômen:

Apresenta abdômen simétrico ligeiramente arredondado, de coloração morena. Não apresenta quaisquer edemas, lesões, ou cicatrizes. A pele é macia.

Membros Superiores:

Apresentam-se simétricos, retos, de comprimento adequado em relação ao corpo, de coloração amarelada, e sem alterações cutâneas. Mobilização das articulações mantida, e preservação do tônus muscular. Mãos e dedos sem alterações. Pulsos braquial e radial fortes e iguais bilateralmente. Apreensão palmar forte.

Membros Inferiores:

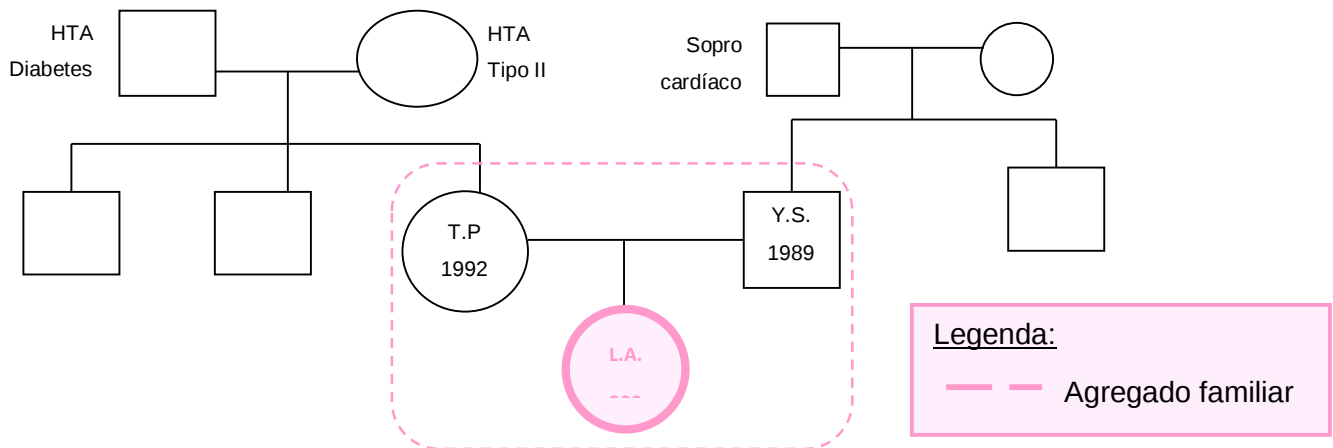
Apresentam-se simétricos, retas, de tamanho adequado ao corpo e sem alterações cutâneas. Pregas cutâneas bilaterais e simétricas. Tônus muscular mantido. Pés sem alterações. Pulsos femorais forte, regulares e simétricos bilateralmente. Reflexos plantares presentes e simétricos.

Região Genital e Perineal:

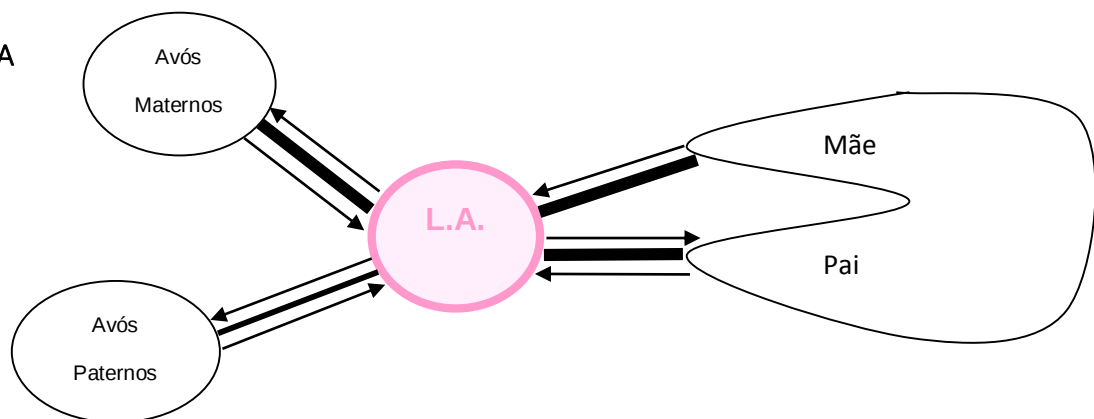
A região genital apresenta-se íntegra, não se detectando cheiros desagradáveis ou má higiene. Genitais femininos distinguíveis e clítoris aumentado, grandes lábios estendem-se para além dos pequenos lábios, encontrando-se estes últimos bem formados. Meato uretral localizado anteriormente ao orifício vaginal. Vagina presente. Ânus presente e localizado na linha média, a contração anal está presente. A região perineal apresenta-se lisa, íntegra, sem cheiros ou sinais de má higiene.

1.4. Genograma, ecomapa e psicofigura de Mitchel

GENOGRAMA



ECOMAPA

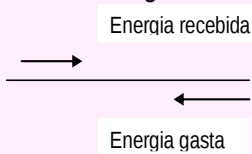


Legenda:

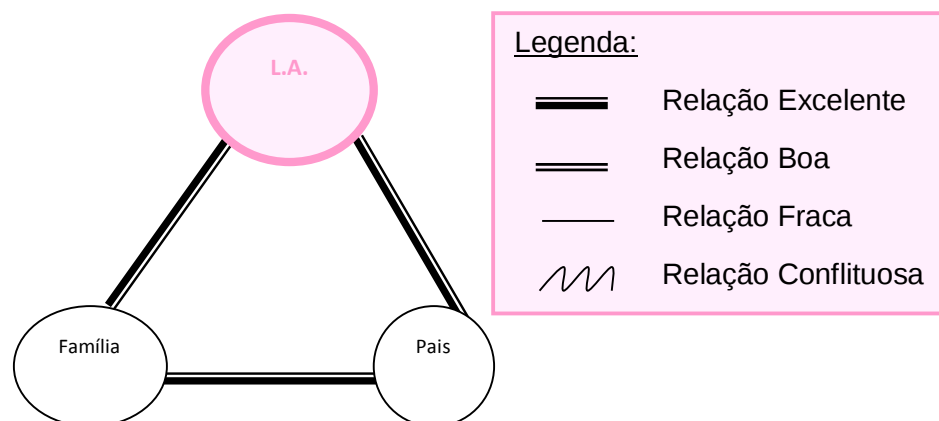
Solidez da relação:

- Relação muito forte
- Relação forte
- Relação fraca

Fluxo de energia



PSICOFIGURA DE MITCHEL



APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	X		
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema	X		
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encarar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		

2. ANÁLISE DOS DADOS PESSOAIS

Neste capítulo será realizada a análise dos dados recolhidos segundo as etapas de desenvolvimento humano, os modelos explicativos do desenvolvimento humano e a análise dos dados fornecidos pelo ecomapa, genograma e psicofigura de Mitchel, para um melhor entendimento do caso estudado.

2.1. Análise segundo as etapas de desenvolvimento humano

O crescimento e o desenvolvimento humano concretizam-se segundo etapas mais ou menos estáveis e constantes em todos os seres humanos, caracterizadas por evoluções anatómicas, fisiológicas e pela aquisição de determinadas aptidões em cada uma delas. Apesar de cada ser humano desenvolver o seu crescimento de uma forma singular única e na sua altura propícia, existem fatores constantes no desenvolvimento de todos os seres humanos. Desta forma, as idades/fases de desenvolvimentos são a fase de lactente, Toddlers, pré-escolar, escolar, adolescência e idade adulta (Opperman, 1998).

A fase de lactente é a fase que vai desde o nascimento até ao primeiro ano de vida, nesta fase ocorre o desenvolvimento motor grosso, motor fino, desenvolvimento da linguagem e desenvolvimento pessoal-social. Realizo seguidamente a avaliação do Desenvolvimento segundo a escala de *Mary Sheridan* modificada (Direção-Geral da Saúde, 2013^a).

Postura e Motricidade Global

- Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos.
- Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos.
- Em tração pelas mãos – faz força para se sentar.
- Mantém-se sentado(a) sem apoio.
- De pé faz apoio.

Visão e Motricidade Fina

- Tem preensão palmar.
- Leva os objetos à boca.
- Transfere objetos.
- Esquece imediatamente o objeto quando este cai.
- Apresenta boa convergência (estrabismo anormal).

Audição e Linguagem

- Segue os sons a 45 cm do ouvido.
- Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.
- Dá gargalhadas.

Comportamento e Adaptação Social

- É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a).

Por fim, no que respeita ao desenvolvimento pessoal-social, a lactente L.A. encontra-se com um desenvolvimento adequado, uma vez que adquiriu competências de alimentação, nomeadamente uma sucção eficaz e de rotação, permitindo uma alimentação eficaz. Existe um desenvolvimento do vínculo afetivo entre a lactente L.A. e os pais.

2.2. Análise segundo o modelo explicativo do desenvolvimento humano

De entre as várias teorias do desenvolvimento infantil, optei por realizar a avaliação segundo a teoria de Erikson. Segundo Erikson ao longo do desenvolvimento a pessoa passa por etapas que incluem resultados tanto positivos como negativos, isto significa que a pessoa que não atingiu de modo satisfatório essa etapa, desenvolverá uma crise. A crise é definida como um estado de desequilíbrio. Erikson define 8 estádios psicossociais. Em cada um deles, vão existir situações geradoras de crise. E são estas crises que vão permitir ao indivíduo o desenvolvimento, ou seja, é a resolução destas crises que permite que o indivíduo se adapte a uma nova situação. As soluções positivas das crises resultam em equilíbrio e saúde mental; as negativas conduzem ao desajustamento e ao sentimento de fracasso (Taylor, 1992).

O estágio em que a lactente L.A. se encontra é o “Confiança-Desconfiança”, o qual corresponde à aquisição de um senso de confiança e superação do senso de desconfiança. A lactente L.A. confia nos seus pais e cuidadores para a sua alimentação, conforto, estímulo e satisfação das suas necessidades. Os pais têm conseguido fornecer adequadamente confiança à lactente L.A. Uma vez que, não têm satisfeito as necessidades da criança antes que esta sinalize a sua necessidade (o que levaria a que a lactente nunca aprendesse as capacidades de testar o ambiente) nem demoram prolongadamente a satisfazê-las (o que levaria a lactente a experimentar um sentimento de frustração constante e desconfiança dos cuidadores). A relação com os pais, elemento crucial para o desenvolvimento desta tarefa, é bastante satisfatória, uma vez que eles conseguem com grande sincronia e harmonia aprender em conjunto a satisfazer adequada as necessidades da lactente e modo a ocorrer uma regulação das frustrações desta (Taylor, 1992).

2.3. Análise segundo o Genograma, Ecomapa e Psicofigura de Mitchel

Segundo o genograma, ecomapa e psicofigura de Mitchel desta família, a lactente L.A. possui 4 avós, dois maternos e dois paternos com quem tem uma relação forte e estável, chegando mesmo a habitar na casa deles por períodos de tempo variáveis, quando os pais precisam de se ausentar por uma razão específica.

Apesar de jovens os pais da lactente L.A. tem uma forte relação entre si e com a lactente. O familiar núcleo atual é constituído pela Sra T.P. e o Sr Y.S. e a lactente L.A.

3. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES ALTERADAS

As seguintes necessidades que identifiquei como alteradas estão descritas de acordo com o Modelo de Virgínia Henderson.

- Beber e comer: A lactente L.A. possui esta necessidade alterada pois em casa apresentava recusa alimentar. Depende dos seus pais para satisfazer esta necessidade;
- Eliminar os resíduos corporais: A lactente L.A. depende dos seus pais para satisfazer esta necessidade;
- Dormir e Repousar – No início do internamento a lactente tinha esta necessidade alterada pois tinha períodos de sono curtos e interrompidos especialmente quando apresenta hipertermia;
- Vestir e despir-se: A lactente L.A. depende dos seus pais para satisfação desta necessidade;
- Manter a higiene e a proteção da pele: A lactente L.A. depende dos seus pais para satisfação desta necessidade;
- Manter a temperatura corporal: A lactente L.A. apresenta esta necessidade alterada, pois apresenta hipertermia.

Análise segundo a Teoria das Transições de Meleis

Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher (2000) desenvolveram uma teoria de medio alcance que descreve a natureza, as condições e os padrões de resposta da transição.

Natureza das transições	Condicionalismos da transição		Padrões de resposta	
<u>Tipo:</u> Saúde/Doença (relaciona-se com a infeção urinária da L.A. e seu internamento)	Pessoais	A mãe da L.A. percebe a doença da lactente como culpa dela, segundo ela as condições da habitação onde ela, a filha e o marido vivem é má pois pertencem a uma situação de baixo-nível socioeconómico. Não apresenta conhecimentos sobre a doença e os cuidados a ter.	Indicadores de Processo	A mãe da L.A. está consciente do tempo e espaço. A mãe da L.A. é muito ligada à filha, por ser sua primeira filha, foi muito desejada. Ela interage bastante com ela, é carinhosa. Ela apostou no seguimento da gravidez no centro saúde tendo ido a todas as consultas e realizado todos os exames. Não se sente ainda confiança na prestação de cuidados à filha

				pela doença dela. Quer obter informação profissional para que a filha não volte a ficar internada.
<u>Múltiplas e complexas</u> : transição que se relaciona com alteração do papel parental e alteração de se relaciona coma vivência da doença da filha.	Comunidade	Apresentam suporte familiar (avós paternos e maternos). Ambos os pais tem o 12º Ano. São de raça negra.	Indicadores de resultados	A mãe da L.A. conta com a ajuda dos profissionais de saúde para conseguir uma adaptação a esta vivência e com ela adquirir competências.
<u>Propriedades</u> : A mãe da L.A. está consciente que se encontra em processo de transição, que envolve uma adaptação ao papel parental na hospitalização e a adaptação à doença aguda da filha. A mãe da L.A. sabe o que é esperado dela mas neste momento ainda não se encontra em situação de conseguir lidar com a situação. Ela percebe que seria mais fácil se conhecesse alguém que tivesse passado pelo mesmo.	Sociedade	Vivem num bairro social problemático marcado pela pobreza. A mãe da L.A. recebe o rendimento de inserção social		

Análise segundo a Tornar-se Mãe de Mercer (Alligood & Tomey, 2010)

Macrossistema	O modelo de educação da criança está muito relacionado com a influência cultural deste casal. A cultura influencia o modo de prestar os cuidados à lactente.
Mesossistema	A lactente L.A. não se encontra em nenhuma creche ou instituição, ficando com a mãe em casa. Sendo esta que lhe presta os cuidados diários de acordo com o que aprendeu culturalmente na família. A mãe do lactente encontra-se desempregada e o pai trabalha como cozinheiro.
Microsistema	A família é constituída por mãe, pai e filha de cinco meses. A família alargada é constituída por avós paternos e maternos. A mãe e o pai da L.A. tem uma relação estável que dura há 6 anos, segundo eles já passaram por muitas crises e juntos conseguiram ultrapassá-las. Tem apoio social financeiro e a mãe recebe o subsídio de inserção social. Tem ido alguns fatores de stress relacionados com a sua baixa condição económica.

Microsistema	
Mãe	Criança
Características maternas: introvertida e pouco social, tem tendência para a depressão. Tem baixa autoestima. Transmite à lactente a herança cultural na prestação de cuidados. A gravidez foi desejada e planeada e seguida no centro de saúde.	Teve um internamento à nascença na unidade de neonatologia. Apresenta um temperamento ativo e curioso. Interage com satisfação com a mãe e pai.
Papel Materno/Identidade	Criança resultados
Neste momento a mãe não se sente confiante no seu papel de mãe e de cuidadora. Não apresenta por isso satisfação no desempenho do papel. Mantém um grande apego à lactente.	No que toca ao desenvolvimento apresenta um bom desenvolvimento cognitivos, mental comportamental e social.-

4. FORMULAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM/PLANO DE CUIDADOS

Diagnósticos de Enfermagem	Dependência para o autocuidado: alimentar-se reduzido <u>relacionado com</u> não se alimenta-se sozinho (pais)
Intervenções de Enfermagem	• Supervisionar a alimentação da lactente L.A. • Supervisar o prestador de cuidados a alimentar a lactente L.A. • Vigiar a refeição, registo da hora e quantidade de alimentos ingeridos • Gerir o ambiente físico
Resultados Esperados	Que a lactente L.A. se alimente de acordo com o preconizado.
Avaliação	4/11/14 – 16h30 A lactente L.A. mamou 180 ml de leite Nan 1 confort, com bons reflexos de sucção e deglutição. Tolerou. 4/11/14 – 21h30 A lactente L.A. mamou 180 ml de leite Nan 1 confort, com bons reflexos de sucção e deglutição. Tolerou.

Diagnósticos de Enfermagem	Dependência para o autocuidado: vestuário moderado <u>relacionado com</u> a presença de cateter periférico e soroterapia
Intervenções de Enfermagem	• Assistir ao autocuidado: vestuário na lactente L.A. • Ensinar aos pais da lactente L.A. sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário • Gerir o ambiente físico da lactente L.A. • Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: vestuário da lactente L.A. • Treinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado. Vestuário com os pais da lactente L.A.

Resultados Esperados	Que a lactente L.A. com assistência consiga realizar o autocuidado: vestuário.
Avaliação	4/11/14 - 17h Feita educação parental relativamente ao autocuidado: vestuário da lactente L.A. Os pais apresentaram-se disponíveis para aprender.

Diagnósticos de Enfermagem	Dependência para o autocuidado: uso do sanitário moderado <u>relacionado com</u> utiliza os dispositivos de eliminação com dificuldade na sua manipulação (pais)
Intervenções de Enfermagem	• Assistir ao autocuidado: uso do sanitário da lactente L.A. • Ensinar aos pais da lactente L.A. sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: uso do sanitário • Gerir o ambiente físico da lactente L.A. • Ensinar aos pais da lactente L.A. sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: uso do sanitário • Instruir os pais da lactente L.A. sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: uso do sanitário • Treinar com os pais da lactente L.A. sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: uso do sanitário
Resultados Esperados	Que a lactente L.A. realize com ajuda (pais) o seu autocuidado: uso sanitário.
Avaliação	4/11/14 – 16h30 Feita educação parental relativamente ao autocuidado: uso do sanitário. Os pais mostraram-se disponíveis para aprender. 4/11/14 – 21h30 A lactente L.A. teve 3 dejeções líquidas amarelas em moderada quantidade.

Diagnósticos de Enfermagem	Balanço Hídrico <u>relacionado com</u> controlo de líquidos ingeridos e eliminados em determinado período de tempo
Intervenções de Enfermagem	• Monitorizar a ingestão hídrica da lactente L.A. • Monitorizar a eliminação da lactente L.A. Através da pesagem das fraldas. • Ensinar os pais sobre o balanço hídrico e os cuidados a ter.
Resultados Esperados	Que seja monitorizado o balanço hídrico da lactente L.A.
Avaliação	4/11/14 – 16h30 Feita educação parental relativamente ao balanço hídrico da lactente L.A. Os pais apresentaram-se disponíveis para aprender. 4/11/14 – 23h Ingestão hídrica – Eliminação – Terapia medicamentosa - Balanço hídrico -

Diagnósticos de Enfermagem	Perfusão dos tecidos <u>relacionados com</u> a presença de cateter venoso periférico <u>manifestado por</u> comprometimento neurocirculatório
Intervenções de Enfermagem	• Ensinar os pais sobre sinais de comprometimento neurocirculatório • Vigiar sinais de comprometimento neurocirculatório • Vigiar a necessidade de aplicar gelo ou elevar o membro • Otimizar cateter venoso periférico • Vigiar local de inserção de cateter venoso periférico.
Resultados Esperados	Que a criança L.A. não apresente manifestação de comprometimento neurocirculatório.
Avaliação	4/11/14 – 16h30 A criança L.A. não apresenta sinais de comprometimento neurocirculatório. Local de inserção de cateter sem aparentes sinais inflamatórios. Feita educação parental relativamente aos sinais de comprometimento neurocirculatório. Os pais apresentaram-se disponíveis para aprender. 4/11/14 – 23h A criança L.A. não apresenta sinais de comprometimento neurocirculatório. Local de inserção de cateter sem aparentes sinais inflamatórios.

Diagnósticos de Enfermagem	Febre <u>relacionado com</u> termorregulação comprometida <u>manifestado por</u> elevação anormal da temperatura corporal
Intervenções de Enfermagem	• Ensinar pais sobre a febre e técnica de arrefecimento • Gerir ambiente físico da lactente L.A. • Incentivar a ingestão de líquidos da lactente L.A. • Instruir pais sobre técnicas de arrefecimento corporal • Treinar pais sobre técnicas de arrefecimento corporal • Vigiar sinais de hipertermia • Registrar a temperatura corporal da lactente L.A. • Administrar terapêutica em SOS se elevação anormal da temperatura corporal.
Resultados Esperados	Que a lactente L.A. não apresente elevação anormal da temperatura corporal.
Avaliação	4/11/14 - 16h30 Feita educação parental relativamente a febre e arrefecimento corporal. Os pais apresentaram-se disponíveis para aprender. Temperatura timpânica de 36,6°C

Diagnósticos de Enfermagem	Dependência para o autocuidado: posicionar-se moderado <u>relacionado com</u> permanência no leito devido a punção lombar
Intervenções de Enfermagem	• Assistir a lactente L.A. no posicionamento no leito • Ensinar os pais da lactente L.A. sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: posicionar-se • Gerir o ambiente físico da lactente L.A. • Incentivar o posicionamento da lactente L.A. • Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: posicionar-se da lactente L.A. • Treinar os pais da lactente L.A. sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: posicionar-se

Resultados Esperados	Que a criança seja posicionada corretamente durante a permanência no leito.
Avaliação	4/11/14 – 16h30 Feita educação parental relativamente ao posicionamento da lactente L.A. no leito. Os pais apresentaram-se disponíveis para aprender 4/11/14 – 23h A criança foi bem posicionada durante o turno.

Diagnósticos de Enfermagem	Isolamento por gotículas <u>relacionado com</u> atitude terapêutica
Intervenções de Enfermagem	• Aplicar medidas de prevenção da prevenção de contaminação • Gerir isolamento • Incentivar respeito pelo isolamento
Resultados Esperados	Que a criança mantenha o isolamento por gotículas.
Avaliação	4/11/14 16h30 Foi mantido o isolamento por gotículas

Diagnósticos de Enfermagem	Parâmetros vitais <u>relacionado com</u> atitude terapêutica
Intervenções de Enfermagem	• Monitorizar a saturação de oxigénio continuamente • Monitorizar a dor através de escala de dor • Monitorizar frequência respiratória • Monitorizar frequência cardíaca • Monitorizar temperatura corporal • Monitorizar tensão arterial • Trocar sensor de saturação de oxigénio • Vigiar a dor através da escala de “OPS” • Vigiar consciência da criança L.A.
Resultados Esperados	Que a criança seja monitorizada a nível dos parâmetros vitais uma vez por turno, ou caso se justifique.

Avaliação	4/11/14 – 16h30 Temperatura timpânica – 36°C Tensão arterial – 109/55 MAP – 76 Frequência Cardíaca – 116 bpm Saturação de oxigênio – 100% Frequência Respiratória – 30 cpm
------------------	---

Diagnósticos de Enfermagem	Cateterismos periférico <u>relacionado com</u> atitudes terapêuticas
Intervenções de Enfermagem	• Executar tratamento ao local de inserção de cateter, caso necessário • Otimizar cateter venoso periférico • Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção de cateter venoso periférico • Inserir cateter venoso periférico, caso necessário • Trocar catéter venoso periférico, caso necessário • Remover cateter venoso periférico, caso necessário
Resultados Esperados	Que a criança mantenha o cateter venoso periférico sem sinais inflamatórios.
Avaliação	4/11/14 – 16h30 Cateter venoso periférico no dorso da mão esquerda sem sinais inflamatórios.

5. CONCLUSÃO E REFLEXÃO PESSOAL

Após a realização deste trabalho teórico e tudo o que vivenciei na prestação de cuidados a esta lactente e família sinto ser pertinente a realização de uma conclusão e reflexão pessoal acerca do decurso de todo este processo.

Este estudo de caso baseou-se na lactente L.A. a qual pude acompanhar durante o seu internamento. Este trabalho teórico possibilitou-me não só o aprofundar de conhecimentos das patologias apresentadas pela lactente como também o conhecimento desta e da sua família de maneira global e nas várias perspetivas biopsicossocial, espiritual e cultural. Como fica evidente ao longo do trabalho desenvolvido, tal conhecimento permitiu-me ver a lactente L.A. e sua família como um todo, inteirando-me das suas necessidades e da forma mais adequada a satisfazê-las. Possibilitou-me também o estabelecimento de uma relação de ajuda com a família. Foi então conseguido através de uma relação de parceria no cuidar, incentivar os pais a participar ativamente nos cuidados. Consegui pois, ao longo deste trabalho, desenvolver o processo de enfermagem junto da lactente e família, concretamente através da apreciação inicial da lactente e família (investigação), levantamento das necessidades (diagnóstico), planeamento das intervenções necessárias (com recurso à taxonomia CIPE), aplicação concreta das intervenções planeadas (implementação) e posterior avaliação das mesmas.

Desta forma, apesar das diferenças de pensamento, valores e cultura existentes entre mim e os pais da lactente L.A., tal fator não foi impeditivo nem dificultador da prestação de cuidados e estabelecimento de relação de ajuda. Antes pelo contrário, esta situação constituiu um desafio, e sinto que a possibilidade de aprofundar o conhecimento desta família através da realização deste trabalho foi de fato extremamente produtiva para mim, para o meu crescimento pessoal e enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

Por tudo o que referi, considero que atingi plenamente todos os objetivos propostos inicialmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood, M. & Tomey, A. (2010). *Nursing Theorists and their work*. 7th ed. Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. CIPE versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Direção-Geral da Saúde (2013^a). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido a 13-10-2014. Disponível em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/CRSMCA/PNSIJ_2013.pdf

Meleis, A., Sawyer, LM, Im, EO, Hilfinger Messias, D.K & Schumacher K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. Acedido a 22-12-2014. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_transitions_an_emerging_middle-range_theory

Opperman, C. & Cassandra, K. (2001) *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*, Loures: edições Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2011^c). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Criança e Jovem*. Acedido a 12-12-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

Redondeiro, M. (2003). *O quotidiano hospitalar da criança. Constrangimentos e possibilidades de desenvolvimento*. Universidade do Minho. Tese de Mestrado. Braga. Acedido a 14-11-2014. Disponível em https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7992/1/Dissertação_EmíliaRedondeiro.pdf

Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. (13ª edição), Porto Alegre: Artes Médicas

Outras referências:

- Processo Clínico da lactente L.A.

APÊNDICE VIII

Jornal de Aprendizagem: Cuidados Intensivos Neonatais

Jornal de aprendizagem

Este jornal de aprendizagem teve como objetivo salientar a importância do aleitamento materno como foco complexo e com influência multifatorial no exercício de enfermagem neonatal que requer uma abordagem, por parte do enfermeiro, humanista, personalizada e holística em parceria com os pais. Este Jornal de aprendizagem foi realizado tendo em conta as etapas do ciclo de Gibbs, Descrição, Pensamentos e sentimentos, Avaliação, Análise, Conclusão e Planear a ação (Palmer, 1997).

Tendo em conta o foco amamentação passo a relatar uma situação clínica que me marcou bastante e que faço dela um ponto de partida para a reflexão do meu agir como contributo para a minha aprendizagem. Ficou a meu cargo o recém-nascido E. que nasceu com 40 semanas e 3 dias com o diagnóstico de defeito completo do septo auriculoventricular, hipertensão pulmonar e suspeita de trissomia 21. É o primeiro filho de um casal de pais jovens de raça negra com idades compreendidas entre os 21 e os 25. Neste momento o recém-nascido encontra-se no 16º dia de vida e fisicamente encontra-se melhor. Já não apresenta edemas corporais, nem se encontra conectado ao ventilador. A nível motor apresenta reflexos e movimentos adequados, reagindo a estímulos externos e a nível da sucção oral esta é vigorosa na chucha. Ainda se encontra dependente de oxigénio, que faz por óculos nasais a 0,2 l/min para satO₂ acima dos 90%. Apresenta solução parentérica total em cateter de duplo lúmen na femoral esquerda. Encontra-se ainda a realizar antibioterapia endovenosa com gentamicina e cefotaxima. Ainda se alimenta por sonda em declive geralmente de leite materno, cerca de 40 ml.

A mãe encontra-se geralmente presente parte do turno da manhã (geralmente chega perto das 12h) e parte do turno da tarde (sai do serviço às 18h30). Encontra-se disponível para aprender a cuidar do seu filho e já é autónoma na mudança da falda e na realização de posicionamentos ao recém-nascido. A nível do aleitamento materno foi feita educação sobre a estimulação e extração do leite materno e seu armazenamento e transporte. A mãe tem conhecimento das vantagens do aleitamento materno para si e para o seu filho e manifesta o desejo de amamentar. A mãe sempre

se mostrou muito disponível e empenhada na amamentação extraindo o leite de 3/3h pelo que este recém-nascido faz quase exclusivamente leite materno desde que iniciou a alimentação entérica. A mãe é autónoma em todas as atividades de vida diárias. À observação apresenta-se eupneica, e pelo que foi expressado não apresenta alterações na alimentação ou eliminação vesical. Apresenta uma higiene e vestuário cuidado. Deambula autonomamente com uma postura correta e socializa com os pais de outros recém-nascidos internados. No que toca ao sono e repouso este encontra-se alterado visto que comentou que de vez enquanto retira leite durante a noite, sendo este aspeto sentido como uma grande alteração ao seu padrão de vida. No entanto este facto não é encarado negativamente por esta senhora, pois encontrava-se preparada para ele fazer parte do processo de amamentação. No que toca às crenças e valores afirma ser católica, o que levou a querer o batismo do recém-nascido numa fase crítica deste. Elege o marido como pessoa significativa.

O pai encontra-se menos presente, visitando o recém-nascido entre as 16h e as 18h30. Foi incentivado a prestar cuidados ao recém-nascido mas ainda não se mostrou confortável nessa ação. Sempre que o pai se encontra presente mostrou-se disponível para aprender e foram realizadas explicações sobre os cuidados ao seu filho.

Foi numa tarde que realizei turno nesta neonatologia e que fiquei responsável por este recém-nascido e família, que estando a mãe presente e mostrando-se o recém-nascido mais desperto e interessado na chucha no turno que precedeu, dirigi-me à mãe do E. e conjuntamente planeamos como seria a prestação de cuidados ao seu recém-nascido e a sua participação neles. Ficou combinado com a mãe que ela iria cuidar do seu filho às 18h, procederia à mudança da fralda e depois disso iríamos experimentar colocar o recém-nascido pela primeira vez à mama. Neste ponto expus o que era esperado do recém-nascido de acordo com a sua situação clínica. Apesar de ser um recém-nascido de termo (40 semanas e 3 dias) e já se encontrar no 16º dia de vida como tinha estado ventilado e sedado os seus reflexos de sucção e deglutição e a sua coordenação oro-motora era ainda fraca. Este primeiro contacto do recém-nascido com a mama seria só de estimulação. Não era aqui pretendido que só se alimentasse do leite materno existente na mama, mas sim que treinasse a sucção não nutritiva na mama enquanto o leite correria por sonda em declive. Tudo isto expliquei à mãe daquele recém-nascido e esclareci algumas dúvidas que ela ia tendo. Passado cerca de 30 minutos após a nossa conversa chegou o pai do recém-nascido e a tia

para o visitarem. Cerca das 17h30 a mãe dirige-se-me dizendo que terá de se ir embora e portanto não poderá realizar os cuidados ao recém-nascido que tínhamos planeado. Visivelmente triste a mãe explicou-me que “*vou aproveitar a boleia do meu marido para ir para casa*” (sic). Questionei-a se falando com o pai e explicando a situação não poderia ficar um pouco mais ao que ela respondeu “*Tem que levar a irmã dele a casa*” (sic). Vendo que esta situação a tinha deixado triste e estando o recém-nascido E. já acordado perguntei-lhe se antecipássemos os cuidados para as 17h30 ela poderia prestar os cuidados planeados? Ao que me respondeu “*só se for mudar rápido a fralda*” (sic). Com um meio sorriso no rosto a mãe deste recém-nascido mudou a fralda autonomamente na presença do pai e tia do recém-nascido. Apesar da conversa entre mim e a mãe deste recém-nascido decorrer perto do pai e da tia do recém-nascido, estes nunca intervieram. Quando fui prestar os restantes cuidados a este recém-nascido, ele encontrava-se desperto e com bons reflexos de sucção na chucha pelo que optei por experimentar dar-lhe o leite por biberão. O recém-nascido E. reagiu muito bem à tetina com bastante interesse e reflexos moderados de sucção e deglutição, apresentou ainda uma ligeira descoordenação. No final mamou cerca de 33 ml de leite por biberão e os restantes 7 ml correram por sonda em declive.

Toda a situação descrita deixou-me um pouco frustrada, pois o que combinei com a mãe do recém-nascido E. pareceu-me o mais correto tanto para o recém-nascido como para a sua mãe naquele momento. Devido a fatores externos não pode ser concretizado o que tinha programado. Depois da prestação deste recém-nascido no biberão fiquei ainda mais convicta que se tivesse colocado à mama teria igualmente uma boa pega e bons reflexos. O que me conduziu ainda a uma frustração maior.

Apoiando-me na literatura percebo que as unidades de neonatologia devem apoiar o aleitamento materno sendo desde cedo incentivada a extração de leite materno. Os profissionais destas unidades devem ser um apoio especializado. Detentores de saber prático e teórico e com habilidades técnicas para facilitar o adequado apoio da amamentação. A estimulação da sucção oral no peito materno deve ser incentivada pois promove o sucesso da amamentação e desenvolve experiências positivas de alimentação oral. Esta técnica é melhor alcançada quando o recém-nascido procura e abocanha o mamilo e aréola em vez de se tentar enfiar o mamilo na boca do recém-nascido (NANN, 2013).

Corroborando esta ideia enquanto EESCJ agi de acordo com estes princípios indo de encontro ao defendido pela Ordem dos Enfermeiros (2011^o) nas competências do

EESCJ, devendo este implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.

A apreciação e a compreensão de todo o processo de transição para a parentalidade que envolveu esta mãe e pai é pertinente ser realizado para uma melhor compreensão das atitudes familiares descritas e das intervenções terapêuticas adequadas. Segundo Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher (2000), as condições que facilitam ou dificultam as transições e que exercem influência na qualidade da experiência de transição são pessoais (significados, crenças, atitudes, status socioeconómico e preparação e conhecimento), da comunidade e sociedade. Este caso relatado teve influência dos condicionalismos da transição, ao nível da inibição relacionada com fatores de ordem pessoal que condicionaram negativamente a vivência do aleitamento materno. Estes poderão estar relacionados com preparação e conhecimento e significados e crenças. Meleis (2010, 2012) refere que uma preparação e os conhecimentos prévios sobre o que esperar durante a transição e as estratégias a utilizar na gestão da situação facilitam a experiência da transição.

Também devem ser integrados nesta equação os fatores culturais e sociais que levaram esta mãe a agir de determinado modo. Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher (2000), referem que os significados, crenças e atitudes atribuídos aos eventos que desencadeiam a transição e ao processo de transição podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. Segundo Mercer (2004, 2006), no período pós parto, a identidade materna implica mudança no relacionamento consigo e com o filho, que passa de um recém-nascido idealizado para um recém-nascido concreto. Neste momento a identidade materna implica construir um relacionamento baseado na sua vinculação com o filho. A identidade materna, além de uma forte componente cognitiva, possui ainda um componente afetivo expresso pela empatia e responsabilidade em relação ao filho. A aquisição e incorporação do papel materno envolve representações culturalmente definidas de comportamentos associados ao papel materno.

Ainda nesta linha de raciocínio, a Ordem dos Enfermeiros (2011^c) nas competências do enfermeiro EESCJ, refere que o enfermeiro EESCJ comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, devendo relacionar-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Penso que estas duas perspetivas aqui apresentadas (condicionalismos pessoais culturais e condicionalismos de preparação e conhecimento) se complementam tornando o meu agir promotor da parentalidade e culturalmente sensível. Ao promover a parentalidade, nesta unidade familiar, realizei educação parental no aleitamento materno, em parceria com os pais. Mas não realizei a preparação das estratégias a utilizar na gestão situação, pois era a primeira vez que esta mãe iria colocar o recém-nascido à mama. No entanto, esta unidade familiar está inserida numa cultura e espaço social com maneiras de ser e agir próprias, recebendo inúmeras influências internas e externas. Devo ser capaz de as respeitar agindo no sentido de cuidados de enfermagem promotores da parentalidade e culturalmente competentes. Esta minha opinião vai de encontro ao defendido no artigo 78 do Código Deontológico do Enfermeiro, no qual são salientados os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, sendo estes a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais. Também o artigo 81 do Código deontológico salienta que o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Analisando a intervenção nesta situação específica saliento ainda que não mobilizei o pai/tia na intervenção de promoção do aleitamento materno que realizei. Estudos indicam que o apoio social dos familiares mais próximos tem um peso preponderante na vivência do aleitamento materno por parte da mulher. De entre os estudos pertinentes realizados nesta área saliento Ramos & Almeida (2003) que referem que o sucesso do aleitamento materno depende do apoio social recebido pela mulher. Este surge pelo apoio de profissionais e familiares mas principalmente pelo companheiro. Tendo em conta outros autores, Alves (2011) acrescenta que o projeto de amamentação de cada mulher é pautado por um conjunto de influências positivas ou negativas dos familiares mais próximos. Salienta o pai como figura de grande importância no aleitamento materno, que incentiva e apoia a mãe, transmitindo confiança no seu papel na amamentação. Tendo em conta estas perspetivas poderia ter sido positivo a realização da apreciação paterna relativamente ao aleitamento materno com vista à sua mobilização.

Cuidar da criança/jovem e família assume-se com um dever enquanto enfermeira EESCJ, tendo realizado esta caminhada de desenvolvimento e aperfeiçoamento pela via da minha formação inicial, pela regulamentação inerente ao meu estatuto profissional e pelo aperfeiçoamento pessoal e académico. Esta experiência relatada e analisada criticamente conduz-me a novas formas de atuação no campo de enfermagem pediátrica na promoção das competências parentais de aleitamento materno no respeito pelo outro e pela sua condição económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.

Referências Bibliográficas:

Alves, S. (2011). *Grupos de apoio “Mãe para Mãe”: Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde*. Universidade do Minho. Dissertação de Mestrado. Braga. Acedido a 02-02-2015. Disponível em [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19683/1/Sandrina Maria Araújo Lopes Alves.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19683/1/Sandrina_Maria_Araújo_Lopes_Alves.pdf)

Meleis, A., Sawyer, LM, Im, EO, Hilfinger Messias, D.K & Schumacher K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. Acedido a 22-12-2014. Disponível em http://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_transitions_an_emerging_middle-range_theory

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mercer, R. (2004). Becoming mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. 36(3). 226-232. Acedido a 15-12-2014. DOI:10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x.

Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 568-582. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x

National Association of Neonatal Nurses. (2013). *Infant-directed oral feeding for premature and critically ill hospitalized infants: Guideline for practice*. Acedido a 17-11-2014. Disponível em <http://apps.nann.org/Store/ProductDetails.aspx?productId=1416099>

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro – dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011^e). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Criança e Jovem*. Acedido a 12-12-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

Palmer, A. (1997). *Reflective practice in Nursing the growth of the professional practitioner*. Oxford: Blackwell Publications.

Ramos, C. V. & Almeida, J. A. (2003). Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 3 (3), 315-321. Acedido a 10-10-2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292003000300010&script=sci_arttext

APÊNDICE IX

Protocolo de enfermagem:
Aleitamento materno em recém-
-nascidos prematuros

	Norma de Procedimento	Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios ao Recém-nascido Data: Janeiro de 2015
	Protocolo de Aleitamento Materno em recém-nascidos prematuros	Elaborado por: Ana Coelho Revisto por: Aprovado por:

Objetivos

Estabelecer um protocolo de atuação da equipa de enfermagem no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros.

Utilizar uma padronização da linguagem em enfermagem no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros.

População

Todas as mães de recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Cuidados Intensivos ou Intermédios que expressem verbalmente desejo de amamentar.

Fundamentação

A importância do aleitamento materno é enorme, já em 2009, num relatório de evidência de qualidade a Agência de Investigação de Saúde (AHRQ) em países desenvolvidos concluiu que a amamentação está associada com uma redução de muitas doenças maternas e infantis. Referindo-se que a amamentação é mesmo um problema de saúde pública (Bartick & Reinhold, 2010).

Para um recém-nascido prematuro ou doente a importância da utilização do leite materno é ainda maior. Segundo Meier, Engstrom, Patel, Jegier & Bruns (2010) o recém-nascido prematuro tem inúmeras vantagens a médio e longo prazo com a utilização do leite materno. De entre esses benefícios salienta-se a conquista mais precoce de alimentação entérica exclusiva, menores taxas de enterocolite necrosante

(NEC), menores taxas de infecção, melhorias significativas no sistema neurocognitivo, auditivo e visual.

- Antes das 34 semanas

Antes das 34 semanas o recém-nascido prematuro, na sua maioria, ainda não consegue coordenar com eficiência os reflexos sucção e deglutição (Goldstein, 2012). Nesta fase os recém-nascidos recebem o leite materno, leite dador ou leite especial de prematuro (LEP) através da sonda oro/nasogastrica. Sempre que possível deve ser colocado o recém-nascido ao peito materno (a mãe é aconselhada à extração do leite materno antes do procedimento) ou colocada uma chupeta na boca do recém-nascido com umas gotas de leite materno/leite de dador para estimulação da sucção (NANN, 2013).

O aleitamento materno deve ser um momento prazeroso para ambos (mãe e filho). Caso o recém-nascido prematuro mostre desinteresse pelo peito ou pela chucha deve ser realizada a técnica do cuidado canguru (NANN, 2013).

O cuidado canguru é considerado um dos primeiros grandes passos no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. Está demonstrado que o cuidado canguru é benéfico para o recém-nascido prematuro. Promove a estabilidade fisiológica, diminui a resposta fisiológica a procedimentos dolorosos, promove a relação precoce pais/recém-nascido e aumenta a produção de leite materno (Goldstein, 2012).

- Às 34 semanas

Segundo, Goldstein (2012) a avaliação da prontidão do recém-nascido para iniciar a alimentação oral começa cerca das 34 semanas, mas em alguns casos pode até começar mais cedo. Recém-nascidos, cujas mães planeiam amamentar, podem ser colocados junto ao mamilo enquanto recebem o leite).

A avaliação do recém-nascido para a alimentação consiste em sinais que indicam se o recém-nascido está pronto a iniciar a alimentação, inclui os sinais de fome e os sinais fisiológicos. Como a saturação de oxigénio, sinais de *stress*, bradicardia ou mão em sinal de “stop” antes e durante a alimentação. Quando o recém-nascido adormece ou mostra sinais de desinteresse não se deve insistir na alimentação oral. Deve ser realizada educação parental no sentido da deteção precoce destes sinais (NANN, 2013).

A estimulação da sucção oral no peito materno deve ser incentivada pois promove o sucesso da amamentação e desenvolve experiências positivas de alimentação oral no recém-nascido prematuro. Esta técnica é melhor alcançada quando o recém-nascido procura e abocanha o mamilo e aréola em vez de se tentar enfiar o mamilo na boca do recém-nascido (NANN, 2013).

Nesta altura deve ser feito um levantamento para a prontidão parental na participação da estimulação oral do recém-nascido. Em conjunto deve ser delineado um plano no qual são estabelecidas os horários de estimulação e a sua duração. Deve ser feita a educação parental relativa a esta temática (NANN, 2013).

A limpeza da cavidade oral do recém-nascido deve ser preferencialmente realizada com leite materno/leite de dadores embebidos em compressa de gaze a soluções salinas como soro fisiológico. As soluções salinas são mais agressivas para o paladar sensível do recém-nascido prematuro (NANN, 2013).

Procedimento

1. Iniciar o aleitamento materno em recém-nascidos doentes ou prematuros (Geyer, 2012, Isaccson, 2006, NANN, 2013)

Na abordagem à mãe internada a enfermeira irá:

- Discutir as opções e escolhas da mãe relativas à alimentação do recém-nascido
- Fornecer folhetos informativos sobre a amamentação
- Orientar a mãe sobre a extração e armazenamento de leite materno
- Iniciar, logo que possível, o cuidado canguru (segundo protocolo)
- Assegurar, sempre que possível, que a extração de leite materno se inicia nas seis horas após o parto

Na abordagem à mãe que se encontra em outra instituição:

- Fornecer informação à mãe sobre alimentação do recém-nascido
- Discutir as opções e escolhas da mãe relativas à alimentação do recém-nascido
- Assegurar com a equipa de enfermagem da instituição do internamento materno, sempre que possível, que a extração de leite materno se inicia nas seis horas após o parto

2. Iniciar a estimulação da sucção não nutritiva ao peito materno

Critérios:

- Idade gestacional corrigida de 32 semanas
- Ter capacidade de deglutir
- Estabilidade térmica
- Tolerar cuidado canguru

Intervenções de enfermagem:

- Esclarecer com os pais os objetivos da sucção não nutritiva ao peito materno
- Ajudar a posicionar o recém-nascido ao peito
- Ajudar a mãe na técnica de extração de leite materno
- Organizar o espaço perto da incubadora de modo a realizar a técnica da sucção não nutritiva ao peito materno

3. Evolução para sucção não nutritiva ao peito

Critérios:

- O recém-nascido apresenta estes sinais:
 - A boca está no peito e ele pode sugar
 - Engole uma ou duas vezes
 - Pode adormecer ao peito

Intervenções de enfermagem:

- Evitar a estimulação com tetina, dar preferência à gavagem por sonda oro/nasogástrica
- Iniciar a mamada com sinais de fome por parte do recém-nascido, sempre que possível
- Educação parental sobre a capacidade de aleitamento materno do recém-nascido
- Relembrar a mãe da importância da extração de leite materno 8/10 vezes ao dia

4. Progredir para a sucção nutritiva

Critérios:

- O recém-nascido exibe os seguintes sinais:
 - Suga de forma consistente durante 5 minutos
 - Mostra uma avaliação positiva na alimentação ao peito

Intervenções de Enfermagem:

- Comunicar à equipa médica o progresso do recém-nascido na alimentação ao peito
- Continuar a oferecer a suplementação por gavagem após o aleitamento ao peito
 - Se o recém-nascido mamou durante menos de 5 minutos oferecer a totalidade do leite prescrito por gavagem
 - Se o recém-nascido mamou entre 5 a 10 minutos oferecer metade da quantidade do leite prescrito por gavagem
 - Se o recém-nascido mamou mais de 10 minutos não oferecer suplementação
- Iniciar o aleitamento materno sempre que o recém-nascido demonstre sinais de fome
- Use a alimentação por seringa/copo sempre que a mãe não está disponível para a amamentação.
- Explicar à mãe a importância da extração de leite após a mamada
- Diminuir o uso da chucha até o aleitamento materno estar estabelecido

5. Transição bem-sucedida para o aleitamento materno

Critérios:

- O Recém-nascido acorda espontaneamente para a alimentação
- A mãe sabe identificar no recém-nascido o reflexo de sucção e deglutição
- O recém-nascido alimenta-se muito bem
- O recém-nascido apresenta-se hidratado e com uma boa evolução ponderal
- A mãe está confiante na sua habilidade de aleitamento materno exclusivo em casa

Intervenções de Enfermagem:

- Quando a mãe não está presente fornecer o leite ao recém-nascido por copo, seringa ou tetina

- Providenciar à mãe fontes de apoio e suporte nos cuidados saúde primários/ organizações governamentais e não-governamentais de apoio ao aleitamento materno após a alta hospitalar
- Completar a educação parental no sentido da alta hospitalar

Equipamento

Adequado ao posicionamento correto e confortável de mãe e recém-nascido (cadeira, almofada amamentação, ambiente calmo, fato para canguru)

Registos

- Educação parental realizada
- Tipo de pega
- Intervalo entre as mamadas
- Características dos reflexos de sucção e deglutição do recém-nascido
- Tolerância ao leite
- Problemas identificados na amamentação e modo de resolução

Educação Parental

- Orientação materna no posicionamento durante a amamentação
 - Sentada
 - Deitada
 - Invertida
 - Cavalinho
 - Gémeos
- Orientação materna no posicionamento do recém-nascido para facilitar a amamentação
 - Cabeça e corpo do recém-nascido alinhado (recém-nascidos com menos de 36 semanas os membros em contenção e aninhados)
 - Barriga da mãe e barriga do recém-nascido em contato
 - Todo o corpo de recém-nascido apoiado (almofada amamentação)

- Boca e nariz do recém-nascido de frente para o mamilo
- Mama apoiada com a mão em “c”
- Educação materna para a pega da mama
 - Mãe deve colocar os dedos acima da aréola e restantes abaixo da mesma, em forma de “c” (evitar a pinça que diminui o fluxo de leite)
 - Colocar os dedos afastados do mamilo de forma a facilitar o abocanhar do mamilo pelo recém-nascido
- Educação materna na técnica da pega do recém-nascido
 - Tocar com o mamilo nos lábios do recém-nascido para estimular o reflexo da busca e preensão
 - Colocar a mama na boca do recém-nascido (boca aberta e língua para baixo)
 - Deixar que o recém-nascido procure a mama
 - Não pressionar a cabeça do recém-nascido contra a mama materna
 - Todo o mamilo e aréola devem estar dentro da boca do recém-nascido
 - O lábio inferior do recém-nascido deve estar abaixo do mamilo e virado para fora (boca de peixe)
 - O queixo deve tocar ligeiramente na mama
 - Verificar se a mãe não apresenta sinais de dor
- Educação materna sobre o tempo e duração da mamada
 - Permitir que esvazie uma mama na totalidade antes de passar para a outra mama (sempre que a mãe tenha uma produção de leite suficiente para suprir as necessidades do recém-nascido)
 - Oferecer a segunda mama e permitir que o este mame o quanto desejar (sempre que a mãe tenha uma produção de leite suficiente para suprir as necessidades do recém-nascido)
- Ajuda materna no caso de pouco leite
 - Aumentar a frequência das mamadas/extração de leite especialmente no período noturno

- Aumentar a ingestão hídrica e ter uma alimentação equilibrada
- Aumentar a confiança materna
- Ajuda materna no ingurgitamento mamário
 - Entre o 3 e 5º dia após o parto pode dar-se o ingurgitamento mamário (mamas muito cheias, luzidias e dolorosas)
 - A mãe deve esvaziar um pouco a mama antes de iniciar a mamada
 - Amamentar em horário livre
 - Aplicar compressas de água quente e efetuar uma massagem levemente no sentido do mamilo para ajudar a fluir o leite e realizar esvaziamento manual ou com bomba de extração de leite
 - Aplicar compressas frias após a mamada para alívio da dor efetuar uma massagem levemente no sentido do mamilo para ajudar a fluir o leite e realizar esvaziamento manual ou com bomba de extração de leite
- Ajuda materna na relactação
 - Usar sonda gástrica e um copo/seringa com leite
 - Preparar o copo/seringa com a quantidade de leite prescrita para o recém-nascido
 - Colocar a extremidade da sonda ao longo do mamilo, para que o recém-nascido possa mamar na mama e na sonda ao mesmo tempo
 - Fixar a sonda no local apropriado da mama
 - Adaptar a outra extremidade da sonda o copo/seringa
 - Controlar o fluxo de leite que vai para o recém-nascido (para que não se engasgue e mama de forma controlada)

Referências Bibliográficas:

Bartick, M. & Reinhold, A. (2010). The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: A pediatric cost analysis. *Pediatrics*, 125(5), 1048–1056. Acedido a 24-02-2015. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2010/04/05/peds.2009-1616.abstract>

Geyer, J. (2012). Guidelines to Enhance Successful Breast-feeding. *Pediatric Nursing Research Committee*. Acedido a 03-01-2015. Disponível em <http://www.uichildrens.org/childrens-content.aspx?id=233962>

Goldstein, R. (2012). Developmental Care for Premature Infants: A State of Mind. *Pediatrics*. 129 (5), 1322-1323. Acedido a 12-12-2014. Disponível em <http://www.pediatrics.aappublications.org/content/129/5/e1322.full.pdf>

Isaccson, L. (2006). Steps to Successfully Breastfeed the Premature Infant. *Neonatal Network*, 25(2), p77-86. Acedido a 20-11-2014. DOI:10.1891/0730-0832.25.2.77

Meier, P., Engstrom, J., Patel, A., Jegier, B. & Bruns, N. (2010). Improving the use of human milk during and after the NICU stay. *Clinics Perinatology*, 37, 217–245. Acedido a 12-12-2014. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859690/>

National Association of Neonatal Nurses. (2013). *Infant-directed oral feeding for premature and critically ill hospitalized infants: Guideline for practice*. Acedido a 17-11-2014. Disponível em <http://apps.nann.org/Store/ProductDetails.aspx?productId=1416099>

APÊNDICE X

Guia para pais: “*Ser pai e mãe
de um bebê prematuro*”

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Ser Pai e Mãe de um bebé prematuro



Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho

Lisboa

Janeiro de 2015

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Ser Pai e Mãe de um bebé prematuro



Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]

Professor Orientador: Maria Teresa Magão

Lisboa

Janeiro de 2015

PREFÁCIO

Sabendo que a gravidez e o nascimento de um bebé alteram todo o contexto familiar gerando expetativas e ansiedades, que no caso de um recém-nascido prematuro se manifestam de modo singular foi realizado este guia para vos ajudar.

Vamos dar-vos informações pertinentes para puderam desenvolver habilidades no cuidar do vosso filho prematuro.



ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	4
1. O QUE É UM BEBÉ PREMATURO?	5
2. SER PAI E MÃE NUMA NEONATOLOGIA	6
3. ALIMENTAÇÃO	8
4. CUIDADOS AO BEBÉ PREMATURO	12
5. APOIO AOS PAIS.....	15
6. REGRESSO A CASA	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

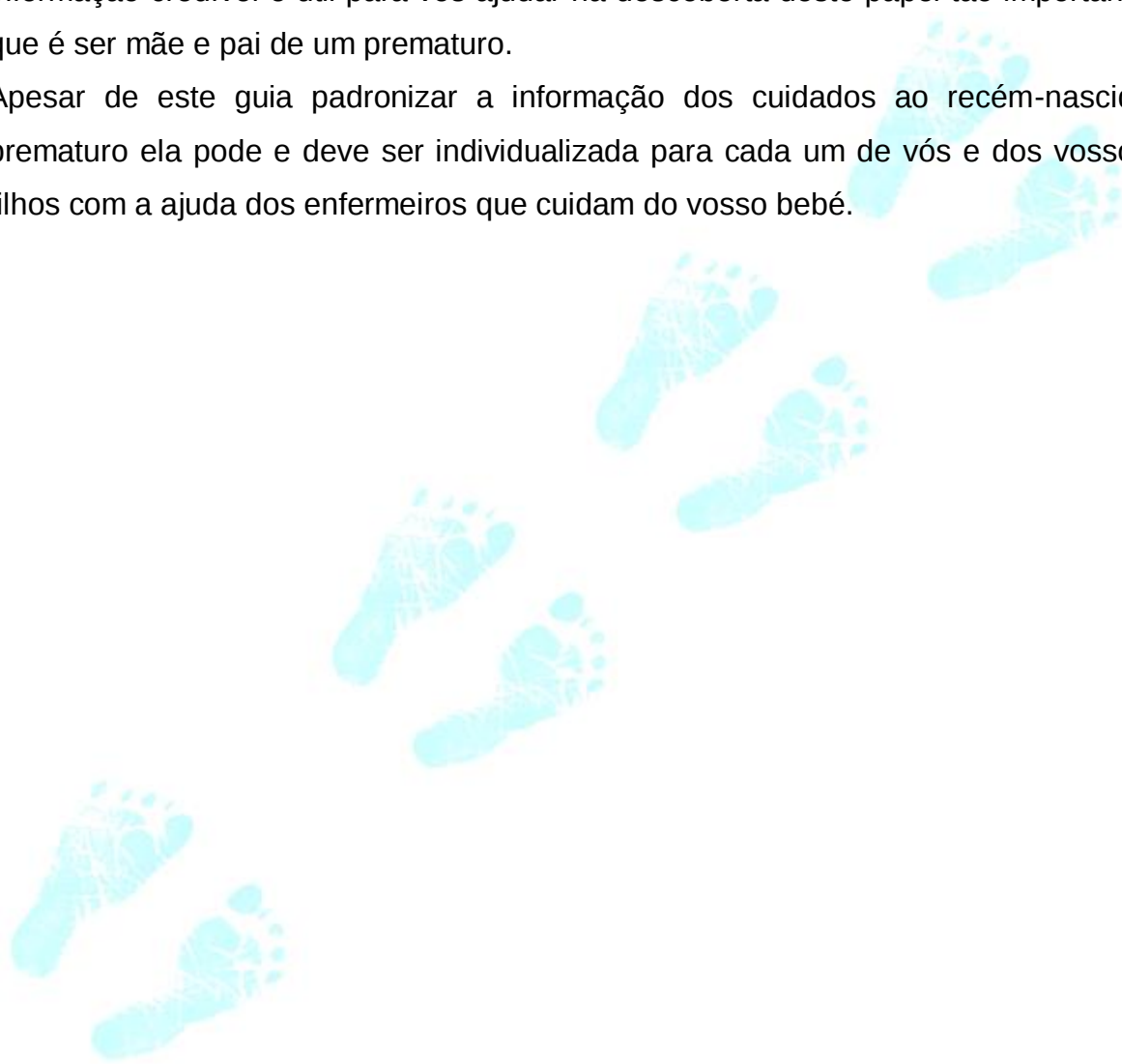


NOTA INTRODUTÓRIA

Este guia pretende ter informação pertinente que vos ajude na compreensão dos cuidados ao vosso filho prematuro. Esta informação acessível e fácil de processar vai permitir-vos um papel ativo nos cuidados ao vosso filho.

Este desejo de informação é expresso por muitos de vós. Este guia é realizado com informação credível e útil para vos ajudar na descoberta deste papel tão importante que é ser mãe e pai de um prematuro.

Apesar de este guia padronizar a informação dos cuidados ao recém-nascido prematuro ela pode e deve ser individualizada para cada um de vós e dos vossos filhos com a ajuda dos enfermeiros que cuidam do vosso bebé.

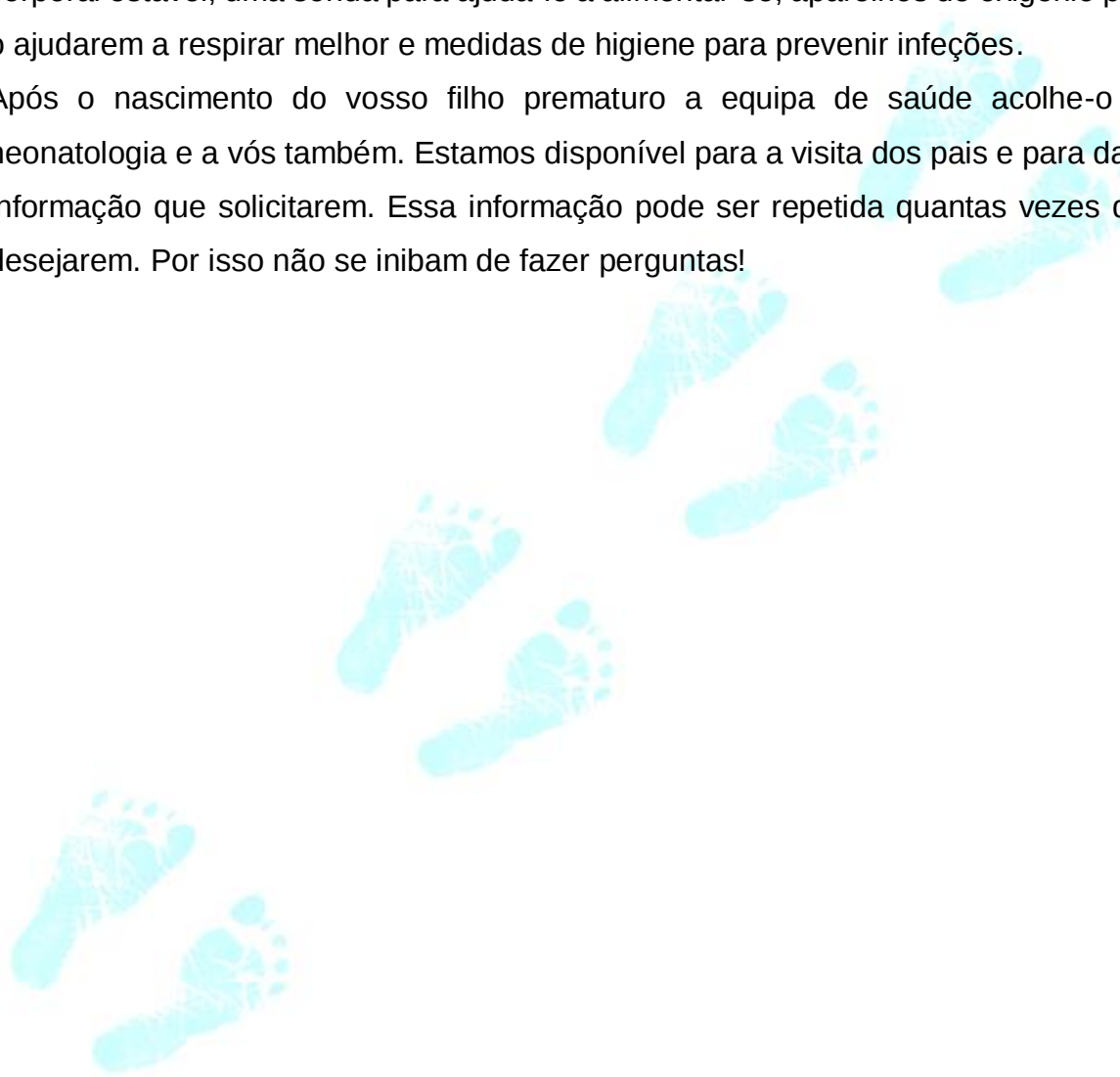


1. O QUE É UM BEBÉ PREMATURO?

O bebé prematuro é o bebé que nasce antes das 37 semanas de gestação.

O seu crescimento fora da barriga da mãe tem efeitos no bebé e afeta a capacidade dele crescer e engordar. Este vosso bebé é mais frágil, devido à sua imaturidade e necessita de cuidados especiais. Uma incubadora para manter a sua temperatura corporal estável, uma sonda para ajudá-lo a alimentar-se, aparelhos de oxigénio para o ajudarem a respirar melhor e medidas de higiene para prevenir infeções.

Após o nascimento do vosso filho prematuro a equipa de saúde acolhe-o na neonatologia e a vós também. Estamos disponível para a visita dos pais e para dar a informação que solicitarem. Essa informação pode ser repetida quantas vezes que desejarem. Por isso não se inibam de fazer perguntas!



2. SER PAI E MÃE NUMA NEONATOLOGIA

- Relacionamento pais/bebé prematuro

O vosso filho prematuro nasce com o Sistema Nervoso imaturo e depende dos pais e cuidadores para ajuda-lo a regular as suas emoções. Esta regulação emocional é um comportamento apreendido que os bebés são fisiologicamente incapazes de fazer. A primeira forma de comunicação entre o vosso filho e vós acontece na prestação de cuidados ao bebé. Os vossos filhos podem sentir emoções através da prestação de cuidados, por isso devem enviar mensagens através de expressões faciais, tom de voz, toque. Por isso é importante que os pais se sintam calmos e relaxados quando vão visitar ou prestar cuidados ao seu bebé, para que este se sinta calmo também.

É muito importante o início de um contacto precoce entre vocês e o vosso filho! Comece por visitá-lo, sempre que puder, falar com ele, olhá-lo. Caso se sinta à vontade peça para tocá-lo. Para facilitar a interação comece por falar com ele antes de tocá-lo, fazendo com que ele saiba que os pais estão ali. A voz da mãe e pai é-lhe familiar e acalma-o e o seu toque dá-lhe tranquilidade.

Conjuntamente com a enfermeira do seu bebé combine o horário e modo de interação que é mais indicado para si e para ele. Outros cuidados que vos vão facilitar a ligação com o vosso bebé são o cuidado canguru (bebé prematuro só com fralda em contacto direto com a pele do pai/mãe), a amamentação (preferencialmente o aleitamento materno) e cuidar do bebé (dar banho, mudar a fralda e alimentá-lo).

Trazem sempre que quiserem objetos (preferencialmente laváveis) para a incubadora ou berço do vosso bebé e tendo irmãos os desenhos que estes lhe façam.

- Visitas ao bebé na Neonatologia

Na Unidade de Neonatologia as vossas visitas ao bebé são possíveis durante as 24h, podendo permanecer junto do bebé e prestar os cuidados. As visitas dos avós e irmãos do bebé podem ser efetuadas diariamente entre as 16h e as 17h. Sendo

pedido aos familiares que apenas duas pessoas permaneçam junto ao berço/incubadora, podendo ir trocando sempre que quiserem.

Outras visitas poderão também visitar o bebé no horário das 16h às 17h mediante um pedido especial realizado à direção do hospital.



3. ALIMENTAÇÃO

- Leite materno

O leite materno é o alimento mais completo e adequado para o bebê prematuro! Além de alimentar, o ato de amamentar proporciona um contato físico próximo entre a mãe e o bebê, fortalecendo o laço afetivo importante ao desenvolvimento físico, emocional e social do seu filho.

- Prematuridade e amamentação

O bebê que nasce prematuro, antes das 34 semanas não consegue mamar podendo engasgar-se. Por isso é necessária um “tubinho” (sonda) para que o seu filho se possa alimentar. À medida que ele vai crescendo aumenta de peso e vai conseguir mamar sem necessitar ajuda.

Quando o bebê ainda não sabe mamar, é importante estimular-se a amamentação através do cuidado canguru (pele com pele) e realizar-se à extração do leite materno de 3 em 3 horas. Este contacto pele com pele é tão importante para o desenvolvimento do seu bebê assim como para si! Ele deve ser realizado tantas vezes quanto for possível, e juntamente com a extração de leite constitui o primeiro grande passo do aleitamento materno do seu bebê.

O seu bebê prematuro é um bebê mais sonolento e deve ser acordado para se alimentar nos horários estipulados. Acorde-o lentamente, falando suavemente com ele. Antes da mamada, pode aproximar a boca do seu bebê ao seio estimulando-o e levando-o a abrir a boca.

Para mamar bem ele precisa abocanhar grande parte da aréola. Vai poder senti-lo a fazer os movimentos de sucção e ouvi-lo a engolir o leite.

Inicialmente se o seu bebê ainda não consegue tirar da mama toda a quantidade de leite que precisa, ele ainda vai tomar o resto pelo “tubinho” (sonda), copo ou por biberão consoante o seu desenvolvimento.

- Amamentar...um momento especial

Amamentar traz à mãe imensas vantagens, irá recuperar a forma física mais rapidamente, estará mais protegida contra doenças como o cancro (mama, ovário e útero), ajuda-a a estabelecer uma relação especial com o seu filho. Além disso, representa um baixo custo económico, sendo um método prático e cómodo.

Para o bebé o aleitamento materno apresenta imensas vantagens: está sempre disponível na temperatura adequada e não requiere tempo para preparação, é o mais apropriado para ele, é digerido com mais facilidade, é fresco e livre de bactérias e protege-o.

- Frequência e quantidade de leite adequada

A duração da mamada depende de cada bebé, o importante é que vá conhecendo o estilo do seu bebé. Em regra os bebés prematuros mamam de 3/3h, fazendo durante um dia cerca de 8 a 10 mamadas. O seu bebé prematuro é mais lento a mamar e cansa-se com mais facilidade podendo ser necessário interromper a mamada para que ele descanse.

À medida que crescem os bebés vão-se adaptando a um ritmo próprio de frequência e duração da mamada. Os sinais que o seu bebé está saciado são:

- Durante a mamada é audível o barulho do bebé a deglutir o leite;
- Adormece e larga a mama espontaneamente no fim da mamada;
- A urina do bebé é amarelo-clara e urina aproximadamente 6 vezes ao dia;
- Ganha peso de acordo com o esperado.

- Posição do bebé após mamada

Após a mamada é muito importante estimular o seu bebé a arrotar. Alguns bebés não arrotam logo após a mamada pelo que deve esperar um pouco com o bebé numa posição mais vertical. Após arrotar o seu bebé deve ser colocado no berço do seu lado direito pois evita que bolse.

- Extração de leite materno

A capacidade da sua mama produzir leite é determinada pela correta estimulação do mamilo e aréola. Quanto mais frequente é a estimulação da sua mama mais leite vai produzir.

No caso do seu bebé prematuro, enquanto ele não aprender a mamar deve-se estimular o aleitamento materno com a utilização do método canguru e a extração do leite materno, 3/3h e no mínimo de 6 vezes por dia.

A expressão manual é o método mais útil uma vez que, pode extrair leite a qualquer hora e em qualquer lugar, sem precisar de instrumentos. Deve lavar bem as mãos com sabão imediatamente antes de manusear o recipiente contentor (lavado e esterilizado) e proceder à recolha de leite.

Para fazer a expressão manual deve:

- Procurar lugar tranquilo e com privacidade;
- Adotar posição confortável;
- Ter o bebé próximo ou uma fotografia dele.

Se necessitar de ajuda não hesite em procurar apoio de um enfermeiro. Se não conseguir fazer expressão manual pode recorrer à extração mecânica utilizando uma bomba que pode ser manual ou elétrica.

No caso de ter elevada produção de leite a mãe pode doar o leite materno ao Banco de Leite Humano existente na Maternidade Alfredo da Costa.

- Conservar o leite materno

O seu leite pode ser armazenado na prateleira do frigorífico por 48 horas, num recipiente esterilizado. Se optar pela congelação saiba que se o congelador se situar dentro do frigorífico, não deve ultrapassar as 2 semanas, se este se situar fora do compartimento do frigorífico (combinados) 3 meses, se for congelado em arca frigorífica pode ser conservado durante 6 meses.

A descongelação do seu leite deverá ser lenta, dentro do frigorífico. Depois de descongelado deverá ser utilizado no prazo de 24 horas. O aquecimento deverá ser

em “banho-maria” na altura que o bebé mamar. Depois de aquecido, não pode ser reaquecido.

- Transporte do leite materno

O transporte do seu leite materno deve ser feito numa caixa térmica rodeado de placas de gelo de modo a que ele chegue ainda congelado.



4. CUIDADOS AO BEBÉ PREMATURO

Os pais são os melhores e os mais importantes cuidadores dos seus filhos! Pergunte sempre ao enfermeiro do seu bebé o que pode fazer para cuidar do seu bebé.

- A higiene

Dependendo da maturidade do bebé prematuro ele poderá tomar o banho dentro ou fora da incubadora. Antes de iniciar os cuidados de higiene ao seu filho fale com o enfermeiro do seu bebé e combine com ele o modo e a hora da prestação de cuidados de higiene ao seu bebé. Cada bebé é único, alguns mal nascem tem indicação para a prestação de cuidados de higiene, outros não.

Providencie todo o material que precisa para o banho e após ter tudo preparado e organizado inicie o banho ao seu bebé. No caso de um banho fora da incubadora antes de iniciar o banho verifique a água da banheira com o cotovelo ou a parte interna do pulso. Lave o seu filho bebé, com especial atenção os pavilhões auriculares, virilhas, axilas pois tendem a acumular sujidades. Os olhos devem ser lavados com soro fisiológico e compressas esterilizadas. Os olhos devem ser limpos da zona mais limpa para a zona mais suja. Tenha atenção e seque bem as pregas e dobras da pele do seu bebé com movimentos suaves, evitando a fricção. O primeiro banho será sempre demonstrado pela enfermeira, aproveite para esclarecer as suas dúvidas. Nos próximos continua a ter apoio da enfermeira até se sentir seguro para o fazer sozinho.

Não se esqueça que durante o banho o bebé pode sentir insegurança e chorar pois está despido e exposto ao frio. Aproveite para falar com ele, este é um momento especial para os dois.

- Coto umbilical

O coto umbilical cai em média 7 a 10 dias após o nascimento. O cordão umbilical deve ser limpo com água, bem seco e exposto ao ar, mantendo a fralda dobrada abaixo do cordão. Após a queda deste a região umbilical deve ser limpa e seca diariamente até estar cicatrizado.

- Vestuário

Enquanto o vosso filho estiver internado na unidade as roupas do bebé ser-lhe-ão fornecidas.

O vestuário deve ser adequado ao tamanho do bebé e fácil de vestir e despir. Não deve ter muitos botões, colchetes, molas, enfeites, bordados ou costuras diretamente em contacto com a pele do bebé para não o magoar. A roupa interior que está em contato com a pele deve ser de algodão para evitar alergias. Roupa de lã deve ser pouco felpuda e nunca colocada diretamente em contato com a pele. As roupas devem ser sempre lavadas antes da primeira utilização e retiradas todas as etiquetas para não magoar o bebé.

A roupa do seu bebé deve ser lavada com detergente neutro próprio e devem retirar as etiquetas das roupas para evitar alergias e magoar a pele do bebé. É importante que as roupas sejam bem secas ao sol e sempre passadas a ferro para evitar possíveis micróbios que ali se encontrem.

- Mudança da fralda

As fraldas devem ser trocadas tendo em conta a presença de fezes e urina. Para preservar a pele do seu filho utilize água e compressas.

Quando existem lesões na região perianal lave e seque bem a pele do seu filho em cada muda de fralda e aplique os cremes indicados. A limpeza da região perianal deverá ser sempre feita da frente para trás evitando passar num local com a mesma compressa mais do que uma vez para evitar infeções urinárias. Nos rapazes colocar

sempre uma compressa seca sobre o pênis para evitar os “repuxos”. No fim da mudança de fralda ajuste bem a fralda para evitar fugas.

- Cuidados Especiais

O choro do bebê é uma das coisas que mais preocupa os pais. O choro é uma das maneiras que o seu bebê tem de comunicar. Os bebês choram por diversas razões de entre as quais:

- Fome (especialmente se já mamou há 3 horas)
- Desconforto (por ter a fralda suja ou não estar bem deitado)
- Frio ou calor
- Sono
- Obstrução nasal que dificulta a respiração
- Muita estimulação
- Dor (especialmente tipo cólica)
- Dor (por doença)

Tente acalmá-lo com uma voz suave e tranquila. Contê-lo com um lençol ou manta colocando-o numa posição aconchegante e confortável. Pode inclusive utilizar o cuidado pele – com – pele (canguru).

Outra grande preocupação dos pais é a temperatura dos pés e mãos do bebê. O bebê prematuro deve ser mantido bem aquecido. Inicialmente ele precisa da incubadora para conseguir manter a sua temperatura estável.

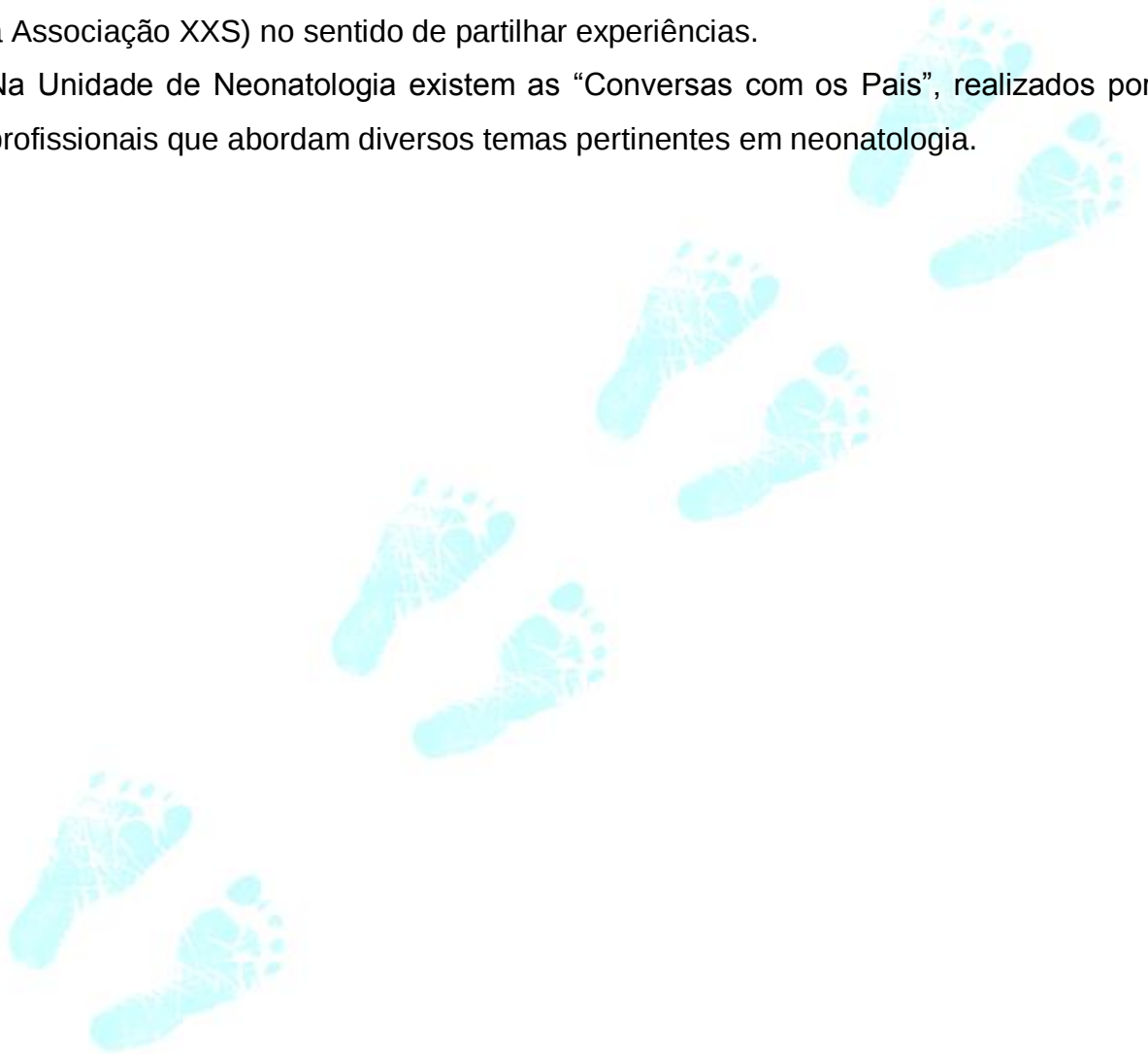
5. APOIO AOS PAIS

A equipa de saúde constitui igualmente uma fonte de apoio que os pais podem sempre contar.

Uma equipa especializada de técnicos pode ajudar-vos. O serviço de apoio psicológico e social é gratuito e deve ser pedido sempre que necessário.

Realizam-se reuniões entre pais de bebés prematuros (organizadas juntamente com a Associação XXS) no sentido de partilhar experiências.

Na Unidade de Neonatologia existem as “Conversas com os Pais”, realizados por profissionais que abordam diversos temas pertinentes em neonatologia.



6. REGRESSO A CASA

Na alta do seu bebé é normal sentirem-se nervosos, ansiosos e inseguros. Recorde-se que ele recebeu alta e já não necessita de cuidados especializados, precisa sim de cuidados paternos e maternos. Em casa ao lhe dar banho, trocar a fralda e alimentá-lo transmita-lhe sempre amor e carinho, falando com ele em voz suave. Deste modo vai estar criando laços cada vez mais fortes e reforçando o vínculo já iniciado com o seu bebé ao mesmo tempo que o estimula.

Os cuidados ao bebé podem ser cansativos, principalmente no primeiro mês. Aconselhamos a que aproveite para descansar sempre que o bebé a dormir. De igual modo, as ajudas de familiares e amigos são sempre bem-vindas. Aproveite para a ajudarem nas roupas, comida e limpeza, deixando os pais mais livres para se dedicarem exclusivamente ao seu bebé.

- Visitas ao bebé

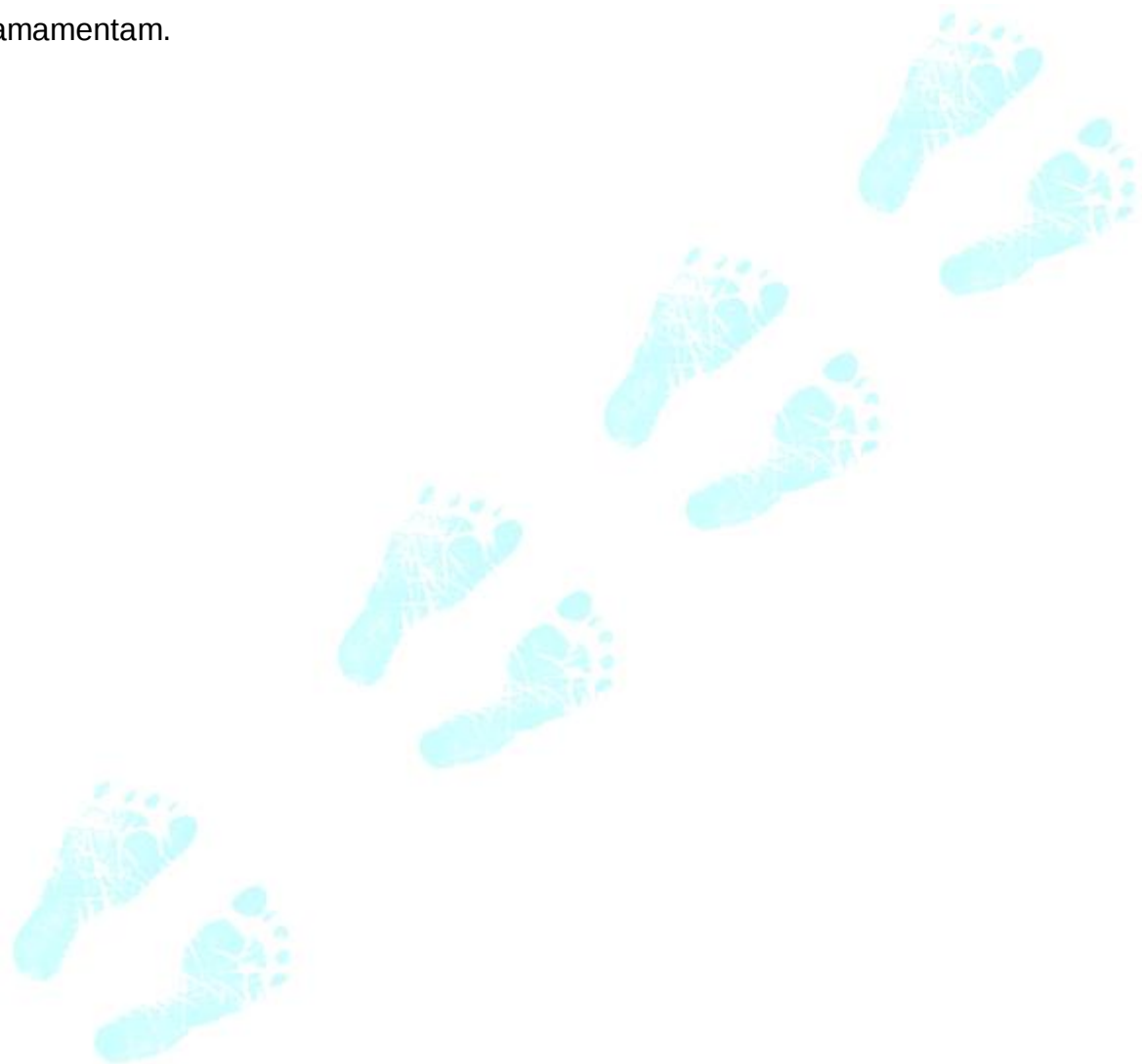
Quando o vosso filho recebe alta existem já bastantes familiares e amigos desejosos de o ir visitar a casa. Recordamos que devem evitar a visita de pessoas que estejam doentes, ter sempre em atenção a boa lavagem das mãos, limitar o tempo e o número de pessoas que o visitam simultaneamente, impedir que se fume em casa e explicar às visitas a importância de respeitarem o sono e descanso dele.

A vós pais, neste momento, aconselhamos sempre o bom senso. As visitas são importantes fontes de apoio. O apoio da família e amigos é sempre positivo educativo e encorajador. Mas deve ser sempre ponderado o bem-estar do vosso filho e o vosso próprio cansaço. Por isso não fiquem constrangido em remarcar para um momento mais oportuno as visitas ao vosso filho.

- A amamentação e a ida para casa

Muitos de vós sentem-se inseguros na alta do vosso filho. Lembre-se que a sua prestação de cuidados diários ao seu bebé tornou-o perito, o seu filho já não necessita de cuidados especializados, agora só precisa mesmo é dos vossos carinhos na vossa casa.

A equipe fornece-vos contatos úteis no apoio aos pais e no apoio às mães que amamentam.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bliss (2012). *The best start: A guide to expressing and breastfeeding your premature baby*. Acedido a 10-01-2015. Disponível em <http://www.bliss.org.uk/Shop/the-best-start-a-guide-to-expressing-and-breastfeeding-your-premature-baby>

Fonseca, L., Leite, A., Vasconcelos, M., Castral, T. & Scochi, C. (2007). Cartilha educativa on line sobre os cuidados com o bebê pré-termo: aceitação dos usuários. *Ciênc Cuid Saúde*. 6(2), 238-244. Acedido a 12-12-2014. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4171>

Gunter, J. (2010). *The Preemie Primer: A Complete Guide for Parents of Premature Babies-From Birth Through the Toddler Years and Beyond*. Cambridge: Da Capo Press.

Linden, D., Doron, M. & Paroli, E. (2010). *Preemies: The essential guide for parents of premature babies*, (2nd ed.). New York: Galery Books.

National Association of Neonatal Nurses. (2013). *Infant-directed oral feeding for premature and critically ill hospitalized infants: Guideline for practice*. Acedido a 17-11-2014. Disponível em <http://apps.nann.org/Store/ProductDetails.aspx?productId=1416099>

National Association of Neonatal Nurses (2014). *Baby Steps to Home: A Guide to Prepare NICU Parents for Home*. Acedido a 25-11-2014. Disponível em <http://Babystepstohome.com/nicu-discharge-module.pdf>

APÊNDICE XI

Planeamento de sessão de formação sobre o aleitamento materno



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho nº5481

Lisboa

Fevereiro de 2015



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

Ana Cristina Fialho de Almeida Coelho nº5481

Docente orientador: Maria Teresa Magão

Lisboa

Fevereiro de 2015

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO	4
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO	5
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	7
4. CONCLUSÃO	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Sessão: Aleitamento materno	

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular *Estágio com Relatório*, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, relativo ao contexto da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, a decorrer entre 26/1/15 a 13/2/15. Este trabalho tem como objetivo justificar a realização de uma sessão de formação, relativa à temática do aleitamento materno, apresentação do seu planeamento e avaliação.

A realização desta sessão foi considerada pertinente pela enfermeira coordenadora e veio de encontro à opinião sentida pela equipa de enfermagem de harmonização e melhoria das práticas de cuidados no aleitamento materno deste local.

Esta sessão tem como grupo alvo a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e pretendeu-se uma harmonização e melhoria das práticas de cuidados de enfermagem nesta unidade através da realização da reflexão da prática da temática aleitamento materno.

Os enfermeiros são profissionais de saúde que tem um papel importante na educação e promoção do aleitamento materno desde a gravidez até ao puerpério (Graça, Figueiredo & Conceição, 2011). O modelo de educação de adultos deve ser tido em consideração na prática educativa Nogueira (2007). No modelo de educação de adultos a responsabilidade partilhada da aprendizagem é partilhada entre educador e andragogo. Este ultimo deve compreender a importância prática do assunto a ser estudado, preferindo experimentar que cada conhecimento fará diferença em sua vida (Knowles 1980, 1990^a,1990^b).

Este trabalho encontra-se estruturado em 4 capítulos: a Justificação da sessão, onde se encontra a pertinência da sua realização, o Planeamento da sessão, onde se encontra os objetivos e todo o planeamento teórico para os alcançar, a Avaliação da sessão, onde é descrita como decorreu a avaliação deste momento e a Conclusão, onde realizo o balanço de toda a sessão de formação sobre o aleitamento materno.

1. JUSTIFICAÇÃO DA AÇÃO

No início do estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados realizei uma reunião com a enfermeira coordenadora da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados no sentido de perceber a pertinência de formação da equipa de enfermagem no âmbito do aleitamento materno. Pelo que pude constatar, segundo a enfermeira coordenadora, pretende-se criar um espaço aberto à partilha da equipa de enfermagem sobre temas pertinentes e reflexões sobre a prática de cuidados a realizar semanalmente na sexta-feira à tarde. Neste período não se realizam consultas visto que a equipa médica se encontra reunida. Assim sendo, a enfermeira coordenadora quer igualmente implementar um espaço para reflexão no seio da equipa de enfermagem. Posto isto pareceu-lhe pertinente ser eu a iniciar este espaço com um momento de reflexão com a equipa de enfermagem no âmbito do aleitamento materno.

Das opiniões recolhidas junto da equipa de enfermagem sobre a pertinência da sessão de formação sobre o aleitamento materno, saliento a de dois elementos: *“este momento de reflexão seria pertinente pois prevê-se a abertura para breve do cantinho de amamentação. Projeto teórico realizado há uns anos por alguns elementos da equipa de enfermagem. Assim conseguíamos discutir as praticas atuais de aleitamento materno para posteriormente poder ajudar as mães que vierem a este espaço.”* (sic), e ainda *“como cheguei recentemente a esta UCSP e ainda me estou a familiarizar com as práticas de cuidados de enfermagem nos cuidados de saúde primários, para mim é extremamente pertinente a realização deste momento, assim como a participação de toda a equipa”* (sic).

Assim tomando por base a pertinência sentida pela equipa de enfermagem foi proposta a realização de uma sessão de formação sobre o aleitamento materno. Segundo um estudo a promoção da amamentação implica um recurso a estratégias de intervenção no domínio da educação para a saúde (Alves, 2011).

Segundo Levy & Bértolo (2012), o suporte ao aleitamento materno é um dos três pontos fulcrais na intervenção em educação em saúde relacionada com o aleitamento materno.

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Aleitamento Materno

Destinatários/População Alvo: Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Data: 13 de Fevereiro

Hora: 14h

Duração: Aproximadamente 40 minutos, incluindo 20 minutos para realização de reflexões e partilhas sobre a prática de cuidados.

Local: Sala de reunião de enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados no piso 4.

Formadora: Ana Coelho, estudante do 5º Curso Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Objetivo Geral: Refletir sobre o aleitamento materno

Objetivo Específico:

- Refletir sobre a amamentação
- Identificar os benefícios do aleitamento materno
- Refletir sobre o sucesso da amamentação
- Refletir sobre a ajuda prática nas dificuldades do aleitamento materno
- Refletir nas contra indicações do aleitamento materno

Ao realizar esta sessão de formação em adultos com espaço à reflexão foi incentivada a partilha de experiências e conhecimentos sobre as temáticas.

Plano de sessão

Conteúdos	Métodos	Intervenientes	Recursos	Tempo
Introdução Apresentação do tema da sessão	Expositivo	Ana Coelho		5'
Desenvolvimento A amamentação Os benefícios do aleitamento materno O sucesso da amamentação Dificuldades do aleitamento materno Contra indicações do aleitamento materno (incentivar a partilha de experiências e conhecimentos sobre as temáticas)	Expositivo Interativo Discussão	Ana Coelho Equipa de Enfermagem Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	Computador <i>Datashow</i> da UCSP	30'
Avaliação - Pertinência da temática - Pertinência da sessão - Utilidade da sessão	Interrogativo	Ana Coelho Equipa de Enfermagem Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados		5'

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Depois da realização desta sessão de formação sobre o aleitamento materno é necessário avaliá-la quanto aos indicadores de avaliação anteriormente definidos. Para recorrer à avaliação desta sessão com a equipa de enfermagem sobre o aleitamento materno recorri ao método interrogativo tentando perceber oralmente com a opinião dos participantes e se tinha cumprido os objetivos inicialmente propostos.

Na sessão estiveram presentes 6 enfermeiros tendo faltado um elemento que também pertence à equipa de enfermagem por se encontrar em período de férias. Assim a adesão foi bastante significativa por parte da equipa de enfermagem.

No que toca às temáticas apresentadas na sessão, 5 enfermeiros acharam que estava muito adequado e era pertinente e um não expressou opinião. No que concerne à pertinência da sessão, 4 enfermeiros classificaram a sessão como muito pertinente e 2 enfermeiros como pertinente. No referente à utilidade da sessão todos os elementos da sessão a consideraram útil e referiram que gostariam de ver abordadas futuramente as temáticas “*Vacinação*” (sic) (4 enfermeiros), “*Legislação da parentalidade*” (sic) (1 enfermeiro).

No geral considero que foram cumpridos os objetivos propostos no planeamento deste momento de reflexão. A equipa de enfermagem mostrou-se bastante participativa tendo por isso excedido o tempo previsto para a sessão em 15 minutos. A reflexão produzida na equipa de enfermagem deu asas à partilha de experiências e conhecimentos que enriqueceram ainda mais a reflexão. Possibilitou igualmente uma visão mais ampla e abrangente sobre esta temática e sobre a sua expressão prática nos cuidados de saúde primários. No final da sessão criticou-se positivamente a importância da existência destes momentos de reflexão entre os profissionais de enfermagem para a harmonização da linguagem e desenvolvimento dos cuidados naquela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

4. CONCLUSÃO

Inicio esta conclusão referindo que este trabalho possibilitou-me um momento de crescimento pessoal e profissional. Com o planeamento desta sessão possibilitou-me o desenvolvimento da capacidade de promoção de reflexão sobre as práticas de aleitamento materno no seio da equipa de enfermagem nesta Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Da análise efetuada pude constatar que a realização deste tipo de ação de formação em contexto de cuidados de saúde primários verifica-se pertinente para a mobilização da equipa no âmbito da reflexão das práticas de cuidados sobre o aleitamento materno. A grande adesão da equipa de enfermagem a esta formação pode ser pertinente para a aquisição de comportamentos reflexivos no seio desta.

O tempo excedido na realização desta sessão veio demonstrar a importância da utilização de uma metodologia baseada nos princípios da educação de adultos para mobilizar e dinamizar as equipas. A mobilização dos princípios da educação de adultos foi considerado um aspeto positivo e de referência futura pois permitiu de modo eficaz a partilha de experiências e saberes relativos ao aleitamento materno.

Como elemento facilitador na realização deste trabalho destaco o facto de já ter realizado anteriormente uma sessão de formação em contexto de trabalho com a utilização da metodologia de educação de adultos. Este facto permitiu-me uma melhor capacidade de moderadora responsável pela condução das trocas e partilhas de experiências da equipa.

Concluindo, considero que por tudo o que mencionei anteriormente consegui atingir todos os objetivos inicialmente propostos para este trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, S. (2011). *Grupos de apoio “Mãe para Mãe”: Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde*. Universidade do Minho. Dissertação de Mestrado. Braga. Acedido a 02-02-2015. Disponível em [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19683/1/Sandrina Maria Araújo Lopes Alves.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19683/1/Sandrina_Maria_Araújo_Lopes_Alves.pdf)

Gaíva, M. & Medeiros, L. (2008). Lactação insuficiente: uma proposta de atuação do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(2), 255-262. Acedido a 12-01-2015. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/5089/3301>

González, C. (2009). *Comer, Amar, Mamar*. Madrid: Temasdehoy.

Knowles, M. (1980). *The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy*. Cambridge: Englewood Cliffs.

Knowles, M. (1990^a). *The adult learner: a neglected species*. (4 ed.) Houston: Gulf.

Knowles, M. (1990^b). *Andragogy in action*. San Francisco: Jossey-Bass.

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*

Liladar, C. & Carvalho, T. (2010). *Curso de Aconselhamento em Alimentação do Lactente e da Criança Pequena*. Lisboa: Bayer Healthcare

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7^a Edição), Loures: Lusociência

Saraiva, H. (2010). *Aleitamento materno, promoção e manutenção*. Lisboa: Lidel

UNICEF. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés

APÊNDICES

APÊNDICE I

Sessão: Aleitamento materno

Aleitamento Materno

Discente: Ana Coelho, nº 5481
Docente Orientador: Prof. Teresa
Magão

Fevereiro, 2015



Sumário

- A amamentação
- Benefícios do aleitamento materno
- O sucesso da amamentação
 - O posicionamento
 - A pega
 - O horário
- Dificuldades no aleitamento materno
- Contra-indicações para amamentação



Amamentação

Recomendações

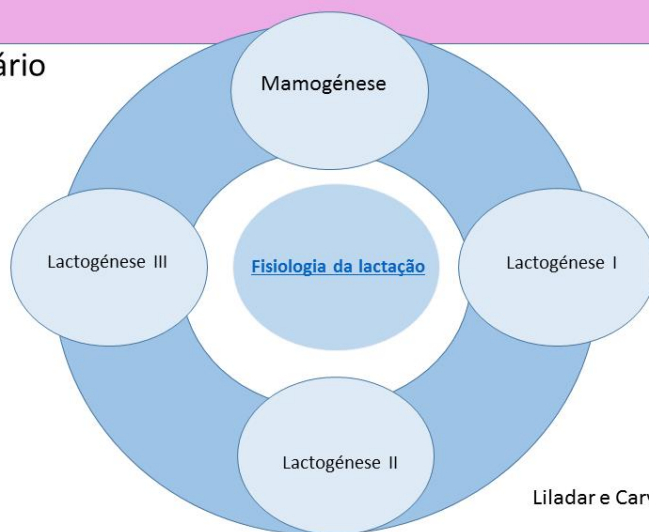
“O leite humano é concebido especialmente para os bebés humanos e é nutricionalmente superior a qualquer alternativa”

Liladar & Carvalho, 2010
Lowdermilk, 2008, p. 649



Amamentação

- Funcionamento mamário



Liladar e Carvalho, 2010



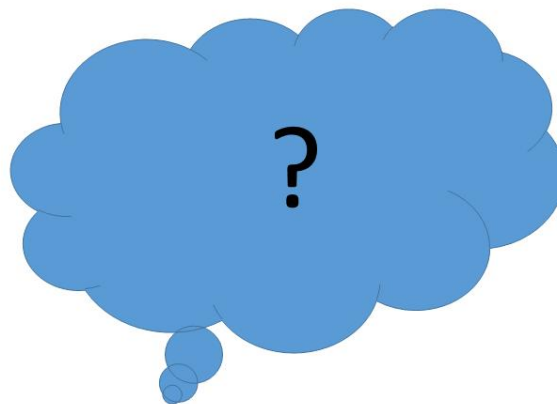
Amamentação – prolactina e ocitocina



Liladar & Carvalho, 2010



Benefícios do aleitamento materno





Benefícios do aleitamento materno

Mãe
Promove a involução uterina
Menor probabilidade de ter tumor mamário/uterino
Promove o vínculo mãe/filho e o equilíbrio psicoafectivo
Diminui os valores de glicose sanguínea em mulheres diabéticas
Pode proteger de uma futura gravidez
Efeito relaxante promovendo o bem-estar
Menor custo económico

Levy & Bértolo, 2012
Liladar & Carvalho, 2010



Benefícios do aleitamento materno

Bebé
Previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias
Reduz a incidência de enterocolite necrosante
Efeito protetor sobre as alergias
Leite mais adequado para o recém-nascido
Temperatura adequada, pronto a ser consumido a qualquer altura
Melhora o desenvolvimento neuro-cognitivo
Promove uma melhor adaptação do recém-nascido a outros alimentos
Diminui a incidência de obesidade e hipertensão na vida adulta

Levy & Bértolo, 2012
Liladar & Carvalho, 2010



O sucesso da amamentação



O sucesso da amamentação

[Sinais precoces de fome do recém-nascido](#)

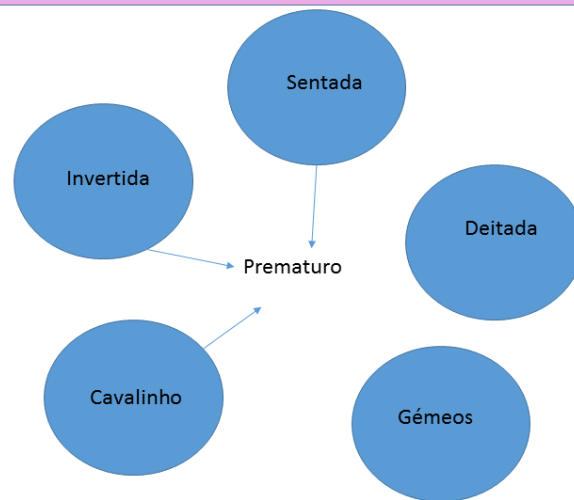
• Sinais precoces de fome do recém-nascido

- ✓ Movimentos rápidos dos olhos sobre as pálpebras e o recém-nascido começa a mexer-se
- ✓ Movimentos de busca (levar as mãos á boca) e de mastigação
- ✓ Mover e chupar os punhos e rodar os pulsos
- ✓ Salivação excessiva
- ✓ Emissão de sons suaves
- ✓ Inquietude

Saraiva, 2010



Orientar a mãe na escolha da melhor posição para amamentar



Orientar a mãe a posicionar o recém-nascido de forma a facilitar a amamentação

Cabeça e corpo do recém-nascido alinhados (em recém-nascidos abaixo das 36 semanas os membros devem estar em flexão e com alguma contenção)

Recém-nascido com o corpo junto da mãe (barriga com barriga)

Todo o corpo do recém-nascido apoiado (almofada de amamentação)

Boca e nariz do recém-nascido de frente para o mamilo materno

Mama apoiada com os dedos afastados do mamilo (forma de "C")



A Pega



Levy & Bértolo (2012)



O Horário

- O recém-nascido devem mamar quantas vezes o desejarem
- Necessitam de 8 a 10 mamadas nas 24 horas para ganhar peso adequadamente
- A duração da mamada é variável
- Importante que esvazie a uma mama em cada mamada. Caso continue com fome oferecer a outra

Liladar & Carvalho, 2010

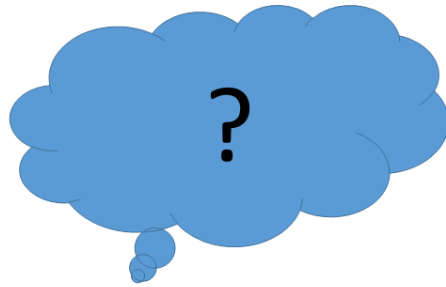


Dificuldades no aleitamento materno

- Configuração dos mamilos
 - Mamilos pequenos
 - Mamilos planos ou invertidos
 - Mamilos curtos



Não são motivo
para não
conseguir
amamentar



Dificuldades no aleitamento materno

- Ingurgitamento



- Massagem
- Estimulação do reflexo da ocitocina
- Extração de leite



Dificuldades no aleitamento materno

- Mamilos doloridos ou com fissuras



- Causas



Recomendações

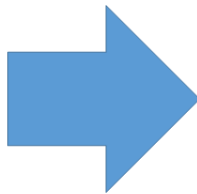


Dificuldades no aleitamento materno

- Bloqueio dos ductos mamários



- Causas



Tratamento



Dificuldades no aleitamento materno

- Hipogalactia – “pouco leite”

A hipogalactia ou hipogalacto é a diminuição da secreção láctea, real ou suposta, geralmente provocada por problemas maternos como dificuldades psicológicas (ansiedade, estresse etc.), vitaminose, distúrbios alimentares, problemas do recém-nascido (prematuridade/doença) e principalmente por erros da técnica de amamentação ou defeito de sucção

Gaiva & Medeiros (2008),
González (2009)



Quais são os sinais que podem levar uma mãe a achar que tem pouco leite?

Choro

Dorme pouco

Difícil de acalmar

Mama frequentemente e suga tudo o que aparece

Leite “aguado”

Não consegue fazer extração

Mamas não enchem, flácidas



Preocupações relativas à insuficiência de leite

- Sinais Geralmente Associados a Pouco Leite

- SINAIS CONFIÁVEIS

✓ Produção de urina e fezes
✓ Bebê ativo
✓ Boa evolução ponderal



6-8 micções/24h
3-8 dejeções/24h
Aumento peso médio:
150g/semana (1º semestre)



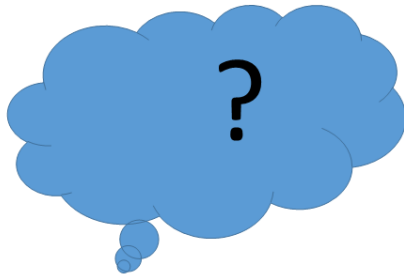
Contra-indicações para a amamentação

- Contra-indicações temporárias
- Contra-indicações definitivas





Técnicas para oferecer leite ao recém-nascido sem recurso à tetina



Referências Bibliográficas

- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª Edição), Loures: Lusociência
- Saraiva, H. (2010). *Aleitamento materno, promoção e manutenção*. Lisboa: Lidel
- UNICEF.(2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebês
- González, C. (2009). *Comer, Amar, Mamar*. Madrid: Temasdehoy;
- Gaíva, M. & Medeiros, L. (2008). Lactação insuficiente: uma proposta de atuação do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(2), 255-262. Acedido a 12-01-2015. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/5089/3301>.



Referências Bibliográficas

- Liladar, C. & Carvalho, T. (2010). *Curso de Aconselhamento em Alimentação do Lactente e da Criança Pequena*. Lisboa: Bayer Healthcare
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*

APÊNDICE XII

Avaliação do desenvolvimento
infantil segundo a escala de
avaliação do desenvolvimento
Mary Sheridan modificada

A R. é uma lactente de 6 semanas que a mãe trouxe à consulta de enfermagem de saúde infantil. A lactente R. é alimentada com leite materno exclusivo e apresenta um bom desenvolvimento estatura-ponderal. A mãe veio ansiosa à consulta referindo “*A minha filha está crescer bem?*” (sic). Aproveitei a ocasião para esclarecer algumas dúvidas maternas e realizar juntamente com a mãe a avaliação do desenvolvimento da lactente R. segundo a escala de avaliação do desenvolvimento *Mary Sheridan* modificada.

No que toca ao item comportamento e adaptação social, a lactente R. é uma bebé que já consegue fixar a cara da mãe quando esta a amamenta, durante a consulta não apresentou o sorriso social, mas a mãe refere que em casa já o fez e segundo a mãe já responde com sons guturais em situações de prazer. Na consulta foi possível observar que chora quando desconfortável, especialmente no que toca à fralda.

Em relação à visão e motricidade fina, pude observar que a lactente R. seguiu uma bola vermelha a 20-25 cm de distância, horizontalmente de lado para a linha média.

No item postura e motricidade global, a lactente R. quando colocada em decúbito ventral tenta levantar a cabeça, apresenta os membros fletidos e cotovelos e nádegas afastadas. Quando colocada em decúbito dorsal a lactente R. ao ser virada a sua cabeça lateralmente ela realiza a flexão e abdução do membro superior ipsilateral e a extensão do membro contra lateral. Quando passa do decúbito dorsal para uma postura de sentada e segura pelas mãos verifica-se a queda da cabeça da lactente R., o dorso apresenta-se em arco e as mãos fechadas. Em suspensão ventral a lactente R. apresenta a sua cabeça alinhada e tronco e membros fletidos. Quando foi realizado um som com uma roca a 15 cm do ouvido da lactente R. ela piscou os olhos e ficou atenta.

No fim da avaliação pude assegurar à mãe que o desenvolvimento da lactente R. era adequado à sua idade e que estava a evoluir bem. Aproveitei para explicar-lhe quais as atividades que podia desenvolver com a lactente R. que são promotoras do seu desenvolvimento. No final da consulta de enfermagem, a mãe apresentou-se mais calma e menos ansiosa.

APÊNDICE XIII

Poster: Escala de avaliação do
desenvolvimento de *Mary*
Sheridan modificada

Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

Recém-nascido:

- ♦ **Postura/motricidade**
 - ♦ Reflexos primitivos (moro, sucção e procura, preensão palmar, marcha)
 - ♦ Em decúbito dorsal postura simétrica e braços e pernas semiflectidos
 - ♦ Se tração para sentar observa-se queda da cabeça
 - ♦ Apoiado em posição sentado: dorso curvado com queda cabeça para frente
- ♦ **Audição e Linguagem:**
 - ♦ Fixa um objeto a 30 cm

3 Meses

- ♦ **Comportamento e adaptação social**
 - ♦ Sorriso e movimentos de excitação a situações familiares
 - ♦ Boa resposta social à face humana
- ♦ **Visão e motricidade fina**
 - ♦ Mãos abertas, junta-as na linha media e brinca com elas
 - ♦ Segura brevemente a roca e move-a para a face
 - ♦ Segue a bola pendente em meio círculo
 - ♦ Apresenta convergência ocular com a aproximação do objeto à face
 - ♦ Pestanejo de defesa
- ♦ **Postura e motricidade**
 - ♦ Decúbito ventral: apoia-se nos antebraços
 - ♦ Membros em movimentos ritmados e suaves, contínuos e simétricos
 - ♦ SE tração pelas mãos cabeça apresenta-se reta sem queda
 - ♦ Em suspensão ventral, a cabeça encontra-se a cima da linha do tronco
 - ♦ De pé flete os joelhos
- ♦ **Audição e Linguagem**
 - ♦ Atende e volta-se em direção ao som

6 Meses

- ♦ **Comportamento e adaptação social**
 - ♦ Mastiga pequenos pedaços comida
 - ♦ Distingue os familiares dos estranhos
- ♦ **Visão e motricidade fina**
 - ♦ Leva tudo à boca
 - ♦ Aponta com o indicador e empurra pequenos objetos
 - ♦ Atira o objeto para o chão e procura-o
 - ♦ Pinça grosseira
- ♦ **Postura e motricidade**
 - ♦ Senta-se sozinho (fica sentado 15 a 20 minutos)
 - ♦ Põe-se de pé com apoio
 - ♦ Desloca-se no chão rebolando, arrastando ou gatinhando
- ♦ **Audição e linguagem**
 - ♦ Atenção rápida para sons (perto e longe)
 - ♦ Localiza sons suaves a 90 cm

4/6 Semanas

- ♦ **Comportamento e adaptação social**
 - ♦ Fixa a face humana quando o alimentam
 - ♦ Sorri às 6 semanas
 - ♦ Chora quando desconfortável, apresenta sons guturais em situações prazer
- ♦ **Visão e motricidade fina**
 - ♦ Segue um objeto a 20/25cm de distancia
- ♦ **Postura e motricidade**
 - ♦ Decúbito ventral: cabeça para lado/tenta levantar, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas
 - ♦ Decúbito dorsal: ao virar a cabeça para um lado verifica-se abdução/flexão do membro superior ipsilateral e extensão do membro colateral
 - ♦ Se tração para sentar, queda da cabeça
 - ♦ Em resposta a um som: volta os olhos e pára, pisca os olhos, estende as pernas e abre as mãos

9 Meses

- ♦ **Comportamento e adaptação social**
 - ♦ Muito ativo, atento e curioso, explora o ambiente
- ♦ **Visão e motricidade fina**
 - ♦ Tem preensão palmar
 - ♦ Transfere objetos de uma mão para a outra
 - ♦ Leva objetos à boca e explora-os
 - ♦ Se objeto cai esquece-o
 - ♦ Boa convergência, sem estrabismo
 - ♦ Reflexos de proteção (paraquedas, proteção lateral)
- ♦ **Postura e motricidade**
 - ♦ Em decúbito ventral: faz apoio das mãos com braços estendidos e levanta a cabeça
 - ♦ Faz força para se sentar e mantém-se sentado sem apoio (breve momento)
 - ♦ De pé faz apoio plantar
- ♦ **Audição e linguagem**
 - ♦ Segue e localiza sons a 45 cm
 - ♦ Vocaliza monossílabos e dissílabos
 - ♦ Dá gargalhadas

12 Meses

- ♦ **Comportamento e adaptação social**
 - ♦ Bebe pelo copo com ajuda
 - ♦ Segura a colher
 - ♦ Colabora a vestir
 - ♦ Demonstra afeto por familiares
- ♦ **Visão e motricidade fina**
 - ♦ Procura objeto Escondido
 - ♦ Pinça fina perfeita
- ♦ **Postura e motricidade**
 - ♦ Tem equilíbrio sentado
 - ♦ Gatinha
 - ♦ Põe-se de pé e abaixa-se
- ♦ **Audição e linguagem**
 - ♦ Resposta rápida a sons suaves
 - ♦ Dá pelo nome e volta-se
 - ♦ Vocaliza incessantemente (conversa)

Autora: Ana Coelho nº 5481

5º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem e Saúde Infantil e Pediatria. ESEL, 2015

Docente Orientadora: Teresa Magão

Enfermeira Orientadora: Alcina Duarte

Bibliografia: Direção-Geral da Saúde (2013a). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Acedido a 13-10-2014. Disponível em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files/images/centrodocs/CRSMCA/PNSIJ_2013.pdf



Escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada

18 meses

- ♦ **Comportamento e adaptação social**
 - ♦ Bebe por um copo
 - ♦ Com a colher leva alimentos à boca
 - ♦ Não gosta que lhe peguem
 - ♦ Indica necessidade de ir à casa de banho
 - ♦ Copia atividades domésticas
- ♦ **Visão e motricidade fina**
 - ♦ Constrói torre de 3 cubos
 - ♦ Faz rabiscos
 - ♦ Tem interesse por livros
- ♦ **Postura/motricidade**
 - ♦ Marcha sem apoio
 - ♦ Apanha brinquedos do chão
- ♦ **Audição e Linguagem:**
 - ♦ Usa 6-26 palavras
 - ♦ Mostra em si, os olhos, nariz e sapatos
 - ♦ Controlo da salivação

3 Anos

- ♦ **Comportamento e adaptação social**
 - ♦ Despe-se quando desabotoam a roupa
 - ♦ Vai à casa de banho
 - ♦ Come de colher e garfo
- ♦ **Visão e motricidade fina**
 - ♦ Constrói torre de 9 cubos
 - ♦ Copia o círculo e imita a cruz
 - ♦ Diz duas cores
 - ♦ Desenha a figura humana
- ♦ **Postura/motricidade**
 - ♦ Equilíbrio momentâneo num pé
 - ♦ Atira a bola por cima do ombro
 - ♦ Sobe escadas alternadamente, mas desce com os 2 pés
- ♦ **Audição e Linguagem:**
 - ♦ Diz o nome completo e o sexo
 - ♦ Vocabulário extenso
 - ♦ Defeitos da articulação e imaturidade da linguagem

2 anos

- ♦ **Comportamento e adaptação social**
 - ♦ Coloca o chapéu e os sapatos
 - ♦ Usa bem a colher
 - ♦ Bebe por um copo
 - ♦ Jogo simbólico (faz de conta)
 - ♦ Jogo paralelo (não brinca com outras crianças)
- ♦ **Visão e motricidade fina**
 - ♦ Preferência por uma mão
 - ♦ Faz torres de 6/7 cubos
 - ♦ Imita o rabisco do círculo
 - ♦ Vira uma página de cada vez
- ♦ **Postura/motricidade**
 - ♦ Corre com segurança
 - ♦ Sobe e desce escadas
- ♦ **Audição e Linguagem:**
 - ♦ Diz o primeiro nome
 - ♦ Junta palavras construindo frases simples
 - ♦ Nomeia objetos familiares

4 Anos

- ♦ **Comportamento e adaptação social**
 - ♦ Veste e despe-se sozinho
 - ♦ Gosta de brincar com crianças da mesma idade
 - ♦ Sabe esperar pela sua vez
 - ♦ Jogo imaginativo/narrativo
- ♦ **Visão e motricidade fina**
 - ♦ Constrói escada com 6 cubos
 - ♦ Copia a cruz
 - ♦ Combina e nomeia 4 cores
 - ♦ Desenha a figura humana
- ♦ **Postura/motricidade**
 - ♦ Fica num pé sem apoio
 - ♦ Salta num pé
 - ♦ Sobe e desce escadas alternadamente
- ♦ **Audição e Linguagem:**
 - ♦ Sabe o nemo, sexo e morada
 - ♦ Linguagem gramaticalmente correta
 - ♦ Pode substituir o R pelo L

5/6 Anos

- ♦ **Comportamento e adaptação social**
 - ♦ Veste-se sozinho
 - ♦ Lava a cara e mãos e limpa-se
 - ♦ Escolhe amigos
 - ♦ Compreende regras de jogos
- ♦ **Visão e motricidade fina**
 - ♦ Constrói 4 degraus com dez cubos
 - ♦ Copia o quadrado e o triângulo
 - ♦ Conta 5 dedos da mão
 - ♦ Nomeia até 10 cores
 - ♦ Desenha a figura humana com pormenores
- ♦ **Postura/motricidade**
 - ♦ Fica num pé com os braços cruzados
 - ♦ Salta alternadamente num pé numa distância de 2 metros
- ♦ **Audição e Linguagem:**
 - ♦ Sabe nome, sexo, morada e data nascimento



Autora: Ana Coelho n.º 5481

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem e Saúde Infantil e Pediatria. ESEL, 2015

Docente Orientadora: Teresa Magão

Enfermeira Orientadora: Alcina Duarte

Bibliografia: Direção-Geral da Saúde (2013a). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Acedido a 13-10-2014. Disponível em http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files/images/centrodocs/CRSMCA/PNSIJ_2013.pdf