

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

A Promoção do Empowerment dos Pais na UCEN

- Uma Intervenção de Enfermagem

Filipa Alexandra Marques Frade

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

A Promoção do Empowerment dos Pais na UCEN

- Uma Intervenção de Enfermagem

Filipa Alexandra Marques Frade

Orientadora - Maria Filomena Abreu de Sousa

2015

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved, grey brushstroke-like shapes.

Agradecimentos

Às estrelas, que lá de cima iluminaram o caminho...

À minha Margarida que, tal borboleta, dá mais cor à minha vida, e consegue sempre arrancar-me um sorriso...

Aos meus pais que, como sempre, estiveram presentes no bom e no mau...

Ao Eduardo, porto seguro que me apoia e resguarda, afastando o medo com um só abraço...

Às minhas companheiras neste caminho, Patrícia, Sofia e Rita...

Às “minhas meninas”, que tiveram sempre uma palavra de conforto e um abraço apertado – Carina, Marta e Milene...

À São e à Maria, por tudo...

À equipa da UCEN, pela compreensão e apoio...

Aos enfermeiros orientadores pelo apoio e orientação no caminho certo...

À professora Filomena Sousa pela paciência e orientação...

Aos “meus” bebés que, com tanta força, trouxeram muitas vezes o sossego e a calma de volta...

...obrigada.

Lista de Siglas e Abreviaturas:

AAP – American Academy of Pediatric

AACN – American Association of Critical Care Nurses

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

Cit. – citado por

CMEAESIP – Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

CS – Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EADMSM – Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mary Sheridan Modificada

EEESIP – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ENA – Emergency Nurses Association

ELI – Equipa Local de Intervenção

IAC – Instituto de Apoio à Criança

OE - Ordem dos Enfermeiros

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SI - Saúde Infantil

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UUP – Unidade de Urgência Pediátrica

Resumo

Quando o bebê nasce prematuro, ou com necessidades especiais, o sonho da família é desfeito, o que, agregado ao internamento do RN, pode conduzir à rotura familiar (Souza, Pinheiro-Fernandes, Clara-Costa, Cruz-Enderes, Carvalho & Silva, 2010). O ambiente à volta do bebê acaba por afastar a família, havendo necessidade de promover a vinculação (Gibson, 1995). Será através desta ligação que os pais se sentirão responsáveis pelo RN e iniciarão o processo de *Empowerment* que lhes permite ter um papel ativo no meio que os envolve e agir, positivamente, no processo de saúde-doença do RN, desenvolvendo uma parentalidade positiva (Gibson, 1995).

Ao longo de 18 semanas realizei o estágio do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, passando por contextos como o serviço de Pediatria, a Unidade de Urgência Pediátrica, a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, onde recolhi contributos para responder à necessidade encontrada no meu local de trabalho, e para desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Observei, em cada contexto, intervenções promotoras do *Empowerment* dos pais, permitindo-lhes exercer os seus direitos e terem um papel ativo nos cuidados ao RN. Estas intervenções foram implementadas na UCEN, último contexto de estágio, onde visaram a mudança de atitudes e práticas e conseqüentemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados

As intervenções mais significativas para a promoção do *Empowerment* são: partilhar informação com os pais; desmistificar o ambiente; realizar educação para a saúde adequada às necessidades dos pais, procurando-as; promover a vinculação; promover a parentalidade; promover o pensamento crítico; treinar as competências parentais; apoiar os pais nos cuidados e na crise; avaliar a necessidade e capacidade dos pais para ficarem junto do RN nos procedimentos invasivos.

Palavras-chave: Cuidados Centrados na Família, Cuidados não-traumáticos, *Empowerment*, Pais, Parceria, Parentalidade, Recém-nascido.

Abstract

When the newborn is premature or with special needs, the family's dream is shattered, which, added to the newborn internment, may lead to family rupture (Souza, Pinheiro-Fernandes, Clara-Costa, Cruz-Enderes, Carvalho & Silva, 2010). The surrounding environment of the baby pushes the family further away, creating the need to promote the attachment (Gibson, 1995). It is through this connection that parents will feel responsible for the newborn and will initiate the Empowerment process, which will allow them to have an active role in the environment, and act, positively, in the newborn health/disease process, developing a positive parenting (Gibson, 1995).

For 18 weeks I've done the 5^o Nursing Master Degree – Childs Health and Pediatrics Specialization's internship, passing through contexts such as Pediatric Unit, Pediatric Emergency Unit, Neonatal Intensive Care Unit and Personalized Health Care Unit, where I could collect contributions to answer the need I found on my workplace, and develop my skills as specialized nurse in Pediatrics. I've observed, in each context, interventions promoting parents Empowerment, allowing them to exercise their rights and have an active role in the care of the newborn. These interventions were implemented in the UCEN, last context of internship, and where I've performed interventions that aimed a change of attitudes and practice, and consequently, the improvement of care quality.

The most significant interventions for Empowerment promotion are: Share information with parents; clarify the environment; perform health education proper to parents needs, searching them; promote attachment; promote parenting; promote critical thinking; train parenting skills; support parents during the care and in crisis; evaluate the needs and parent capacity to stay near the newborn during invasive procedures.

Keywords: Family Centered Care, Non-traumatic Care, Empowerment, Parents, Partnership, Parenting, Newborn.

Índice

INTRODUÇÃO	9
1. PROBLEMÁTICA	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1. O RN com Necessidades Especiais	12
2.2. Vinculação	13
2.3. Transição para a parentalidade	14
2.4. Cuidar em Enfermagem	15
2.5. Cuidar em Enfermagem Pediátrica	16
2.6. Cuidados não-traumáticos	18
2.7. <i>Empowerment</i>	20
2.8. Cuidar de acordo com Kristen Swanson	22
3. PERCURSO FORMATIVO	23
3.1. Serviço de Pediatria	23
3.1.1. Objetivos	24
3.1.2. Análise das atividades/objetivos	24
3.2. Unidade de Urgência Pediátrica	28
3.2.1. Objetivos	28
3.2.2. Análise das atividades/objetivos	29
3.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	32
3.3.1. Objetivos	33
3.3.2. Análise das atividades/objetivos	33
3.4. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	36
3.4.1. Objetivos	36
3.4.2. Análise das atividades/objetivos	37
3.5. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais	40
3.5.1. Objetivos	40
3.5.2. Análise das atividades/objetivos	41
4. DILEMAS ÉTICOS	46
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EEESIP	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
BILBLOGRAFIA	54

APÊNDICES

1 - Auto-diagnóstico de competências

2 - Cronograma de Estágio

3 - Razão da escolha do contexto de Pediatria

3.1 - Objetivos / atividades para o serviço de Pediatria

3.2 - Escala de avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada e avaliação do desenvolvimento

4 - Exemplo de Registo de interação

5 - Exemplo de Registo de Observação

6 - Razão da escolha da Unidade de Urgência Pediátrica

6.1 - Objetivos / atividades para a Unidade de Urgência Pediátrica

7 - Razão da escolha da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

7.1 - Objetivos / atividades para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

7.2 - Guia de observação da promoção do *Empowerment*

8 - Razão da escolha da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

8.1 - Objetivos / atividades para a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

8.2 - Avaliação do desenvolvimento com a Schedules for Growing Skills II

8.3 - Encaminhamento da criança/jovem para a SNIPI e CPCJ

9 - Razão da escolha da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

9.1 - Objetivos / atividades para a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

9.2 - Panfleto para os pais

9.3 - Questionário

9.4 - Sessão de Formação

9.5 - *Dossier* temático

INTRODUÇÃO

O cuidado em Pediatria evoluiu ao longo dos anos privilegiando gradualmente o cuidado à criança/família e a resposta às suas necessidades, merecendo assim um papel de destaque dentro dos cuidados de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014). Nasceram aqui os Cuidados Centrados na Família (CCF) que, perspetivando o apoio constante aos pais/família da criança/jovem, o seu envolvimento nos cuidados e a criação de uma parceria, apresentam como conceitos fundamentais a capacitação e o **Empowerment** (<http://www.ipfcc.org/>; Smith, Coleman & Bradshaw, 2006; Hockenberry & Wilson, 2014).

Quando o Recém-nascido (RN) necessita de cuidados especiais e de internamento, desencadeia-se uma crise na família que leva a sentimentos de angústia, medo, baixa auto-estima, frustração e insegurança (Costa, Arantes & Brito, 2010). De modo a minimizar a situação há necessidade de promover um contacto e vinculação precoces bem como as competências parentais, garantindo que os pais conhecem e defendem os direitos da criança e os seus, dando-lhes meios para que consigam ter um papel ativo nos cuidados ao RN e aceitem a responsabilidade por estes, promovendo desta forma o seu *Empowerment* (Gibson, 1995; Swanson, 1999; Council of Europe, 2007; Hockenberry & Wilson, 2014) e criando meios para que os pais sejam capazes de responder às necessidades do bebé, promovendo o seu desenvolvimento adequado e agindo em prol do seu bem-estar. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) tem um papel fulcral em todo este processo pela relação que desenvolve com os pais e pelos cuidados que presta ao RN (Hockenberry & Wilson, 2014)

Este relatório representa o culminar do Estágio realizado no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria (CMEAESIP). Este período permitiu-me o desenvolvimento de competências de EEESIP (Auto-diagnóstico - Apêndice 1) nos locais onde estagiei, a obtenção de contributos para dar resposta a uma necessidade percebida no meu contexto de trabalho – o aumento do poder dos pais na defesa dos direitos do RN e dos seus, e na promoção do seu *Empowerment*.

Defini, desta forma, como objetivos para o relatório:

- Dar a conhecer o meu percurso formativo durante o estágio;

- Fazer uma reflexão crítica acerca das aprendizagens levadas a cabo durante o período de estágio;
- Fazer o balanço das competências desenvolvidas durante o meu percurso formativo.

Opto por organizar o relatório tendo em conta cada contexto de estágio, de modo que haja uma lógica temporal e uma análise mais pormenorizada. Após a introdução, e antes da análise reflexiva, apresento a problemática que deu origem a todo este percurso, seguida de uma abordagem teórica onde pretendo uma clarificação de conceitos-chave abordados e explorados ao longo do trabalho. Posteriormente realizo uma reflexão crítica sobre as aprendizagens realizadas em cada contexto, olhando às atividades desenvolvidas para tal e realizando uma breve justificação da escolha do local de estágio em questão, remetendo uma justificação mais desenvolvida desta escolha para apêndice. É pertinente ainda olhar aos dilemas éticos relacionados com o tema em análise e com os quais me deparei neste percurso, pelo que opto por lhes fazer uma breve abordagem.

Por fim apresento uma análise das competências de EEESIP desenvolvidas e resultantes das aprendizagens realizadas e das atividades analisadas anteriormente. Com as considerações finais pretendo realizar uma síntese das respostas encontradas face à problemática enunciada, pensar as perspetivas futuras para aplicação das competências e conhecimentos adquiridos em todo este processo e realizar uma avaliação final à execução dos objetivos propostos para o relatório.

Para apêndice serão remetidos todos os documentos pertinentes para compreensão e justificação das reflexões realizadas.

1. PROBLEMÁTICA

Na unidade de neonatologia onde trabalho procuram-se prestar CCF, no entanto estipula-se um horário para a visita dos pais (9 – 22h) inibindo a sua permanência durante a noite; para a visita dos irmãos (19-20h); e para a visita dos avós (15-17h), aos quais fica vedada a entrada dentro da unidade.

De cada vez que se mostra necessário executar um procedimento invasivo é, pela maioria da equipa de enfermagem, solicitado aos pais que saiam, tentando dissuadi-los quando a resposta é contrária. A justificação dada é de que a presença dos pais aumenta a pressão e a hipótese de erro, os pais ficam mais ansiosos e aumenta o *stress*, estando de acordo com o estudo de Dingeman, Mitchell, Meyer e Curley (2007) e não havendo atenção às necessidades parentais ou aos seus direitos.

Quando apenas um dos pais está disponível para prestar cuidados ao RN durante o internamento, é dada a possibilidade de escolha de outro cuidador, não podendo entrar mais ninguém para junto do bebé além das pessoas previamente estipuladas e dos irmãos. Quando os pais refere que querem ficar junto do bebé durante a noite, é-lhes negada essa possibilidade, justificando tal posição com as condições físicas do serviço, as quais não permitem uma resposta adequada às necessidades dos pais, ou simplesmente alegando que são regras do serviço.

Atualmente são vários os documentos que defendem os direitos dos pais no que diz respeito à sua presença junto do RN durante o internamento: Lei 106/2009 – a criança tem direito a estar acompanhada durante o dia ou noite, devendo ser dado ao acompanhante toda a informação relativa aos cuidados; Convenção dos Direitos da Criança (artigo 9º, UNICEF, 1989); e a Carta da Criança Internada - direito à presença constante dos pais, bem como à sua participação nos cuidados prestados e nas tomadas de decisões que influenciam a sua saúde (artigos 3º e 4º, Instituto de Apoio à Criança (IAC), 2008).

Existe assim a necessidade de promover nos pais capacidades e competências para exercer o seu poder, permitindo-lhes exercer uma influência positiva no meio que os rodeia e ter um efeito positivo na sua saúde e na saúde e desenvolvimento do bebé.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo pretende clarificar os conceitos pertinentes para a análise e compreensão do tema em estudo.

2.1. O RN com Necessidades Especiais

O internamento do RN pode surgir quando este não apresenta uma boa adaptação à vida extra-uterina, sendo a avaliação desta adaptação fulcral para despistar sinais de sofrimento ou riscos que o RN possa correr e que levam à necessidade de se prestarem cuidados diferenciados (Hockenberry & Wilson, 2014). Quando o RN necessita de internamento o sonho de ter um bebé saudável é desfeito devido a um nascimento prematuro ou atribulado, o que pode conduzir à rotura familiar, causando sentimentos de sofrimento, insegurança, preocupação, frustração, desapontamento, ansiedade e falta de confiança (Costa et al., 2010; Souza et al., 2010). Todo o ambiente que envolve o RN numa unidade de neonatologia afasta a família. Os pais são privados de uma adaptação familiar “normal” (Heinemann, Hellström-Westas & Nyqvist, 2013), havendo medo de tocar e interagir com o RN e não estando alerta para a dor e desconforto que poderá estar a sentir (Sweeny, 1997 e Bruns, McCollum, 2002, cit. por Cooper et al., 2007; Skene, Franck, Curtis & Gerrish, 2012). O primeiro contacto físico da mãe com o RN reduz este sofrimento e ansiedade (Costa, Ribeiro, Borba, Balieiro, 2009, cit. por Santos, Thiengo, Moraes, Pacheco & Silva, 2014; Matos et al., 2010).

Os cuidados prestados à criança devem objetivar a promoção da vinculação precoce e a inclusão da família como parceira de cuidados, avaliando a sua vontade e necessidade de estar presente e cuidar da criança (Silva, Esteves & Castro, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014), sendo isto dificultado se os próprios pais virem os enfermeiros como principais cuidadores (Skene et al., 2012). Impedir a participação dos pais nos cuidados irá criar barreiras na construção da relação enfermeiro-família e aumentar o sofrimento (Smith & Conant Rees, 2000, cit. por Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante o internamento do RN os pais/família apresentam necessidades de informação, apoio e aceitação que devem ser satisfeitas com o objetivo de reduzir o *stress* e aumentar o bem-estar, no entanto é importante que estas sejam reais e não

apenas deduzidas pelos profissionais (Mundy, 2010). As necessidades dos pais, tal como o seu comportamento e capacidades para os cuidados, vão-se alterando destacando-se entre as mais comuns: apoio (fundamental para a aceitação da crise); sentir esperança; sentir-se aceite; poder gerir os cuidados aos outros filhos; terem espaço para expressar as suas emoções; participar nas decisões; ser ensinado; ser informado acerca dos cuidados prestados (Mundy, 2010, Skene et al., 2012). No momento da admissão os pais referem maior necessidade de informação comparativamente ao momento da alta, e quanto mais crítica for a condição clínica do RN maior esta necessidades (Mundy, 2010). É fundamental que a informação tenha uma continuidade e seja passada com termos compreensíveis pelos pais, de forma simples, compreensiva, detalhada e cuidadosa para poderem aumentar conhecimentos e desenvolver competências parentais (Rouck & Leys, 2009).

2.2. Vinculação

Para que a parentalidade se desenvolva de forma adequada, sendo os pais capazes de demonstrar competências para cuidar do bebé, é fundamental que a vinculação se dê de forma positiva e eficaz, respondendo a um instinto despoletado no momento do nascimento (Silva et al., 2013). O enfermeiro tem um papel fundamental neste processo ao evidenciar a individualidade do bebé, e a sua forma de comunicação (Hockenberry & Wilson, 2014).

A vinculação é tanto mais segura quanto maior capacidade os pais tiveram de integrar as experiências positivas e negativas e de aprender com elas, desenvolvendo uma capacidade de compreensão do bebé (Silva et al., 2013). A resposta e capacidade de interação dos pais é dada em função aos estímulos que têm, permitindo uma construção mais eficaz da parentalidade (Hockenberry & Wilson, 2014) e criando a imagem de uma figura de base segura para que a criança cresça e se desenvolva de forma adequada (Silva et al., 2013).

Após o nascimento a mãe tem uma maior disponibilidade para se vincular com o recém-nascido (Klaus, Kennell & Klaus, 1995, cit. por Hockenberry & Wilson, 2014), de forma gradual e sofrendo influência de diversos fatores (Hockenberry & Wilson, 2014). Para que a vinculação se estabeleça, é fundamental que, quando a mãe estimula o bebé este lhe dê uma resposta, quer seja sugando, emitindo sons guturais ou fixando o olhar (Brezelton, 1974, cit. por Hockenberry & Wilson, 2014).

Também o pai tem um processo de vinculação com o RN, através do fascínio, precaução e interesse, “beleza” do RN, semelhanças com ele, fixação, alegria, satisfação e aumento da auto-estima (Hockenberry & Wilson, 2014). O processo é tanto mais promovido quanto mais o bebê interage com o pai (Ferketich & Mercer, 1995, cit. por Hockenberry & Wilson, 2014), e quanto mais partilha de sentimentos entre a mãe e o pai existe, conduzindo a uma melhor compreensão entre ambos e ao desenvolvimento dos papéis parentais (Hockenberry & Wilson, 2014).

2.3. Transição para a parentalidade

A nível social estão definidas expectativas para que os adultos se sintam com necessidade de serem pais e tenham satisfação pessoal com isso (Hockenberry & Wilson, 2014), definindo uma diferente fase do ciclo da vida familiar (Brazelton, 2007). Para que a parentalidade se desenvolva de forma adequada, sendo os pais capazes de demonstrar competências para cuidar do bebê, é fundamental que a vinculação se dê de forma positiva (Hockenberry & Wilson, 2014).

Existe uma adaptação constante aos papéis parentais e conjugais (Parke & Buriel, 2006), respeitando a recomendação do Center for Disease Control and Prevention (2008) para a promoção de uma parentalidade positiva a qual, segundo a American Academy of Pediatrics (2005), é fundamental para o adequado desenvolvimento da criança nos três primeiros anos de vida.

A parentalidade positiva é tida como um conjunto de competências e habilidades dos pais para o cuidado, proteção e educação da criança, procurando sempre o melhor para esta, objetivando atingir o seu máximo potencial de desenvolvimento, reconhecendo os seus direitos e deveres (Palácios & Rodrigo, 2007; Council of Europe, 2007). Também o carinho, o envolvimento e a relação interpessoal que os pais têm com a criança define uma parentalidade positiva, sendo que quanto maior interação criada, maior a ligação que os pais sentem com ela (Hockenberry & Wilson, 2014; Pecnik, 2007).

Por estar em constante interação com os pais e o RN, o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da parentalidade, apoiando os pais e promovendo o reconhecimento da criança, das suas respostas e necessidades, ensinando estratégias de interação e dando informação sobre o desenvolvimento infantil, passando-lhes gradualmente a responsabilidade dos cuidados e promovendo as

suas competências, as forças da família e a construção de relações de confiança (Swanson, 1993; Gibson, 1995; Council of Europe, 2007; Lopes, Catarino & Dixe, 2010).

2.4. Cuidar em Enfermagem

A história da Enfermagem, enquanto profissão de cuidar, tem evoluído como disciplina. Permite definir o cuidar da Pessoa com base no conhecimento que se tem desta e do seu ambiente, promovendo um distanciamento do conceito biomédico (Alligood, 2014). O conhecimento desenvolveu-se com a análise e síntese de diferentes teorias, criando-se teorias de médio alcance que permitiram entender fenómenos circunscritos a determinados contextos (Meleis, 1991, Fawcett, 2005, cit. por Andershed & Olsson, 2009).

Enquanto disciplina, a Enfermagem cresceu e desenvolveu-se definindo os seus metaparadigmas (saúde, pessoa, ambiente e enfermagem) que servem de base às teorias que emergiram ao longo da história da profissão e lhe permitem ter uma identidade própria, dando aos profissionais bases para o cuidado à pessoa (Alligood, 2014). Watson (2006), na sua Teoria do Cuidado Transpessoal, onde a pessoa é vista como ser físico, emocional, espiritual e psicológico, defende a relação como pilar fundamental do cuidar, pressupondo que o enfermeiro dá algo de si ao outro e também recebe algo desta interação (Alligood, 2014).

É importante, no entanto, que todo este conhecimento seja colocado na prática de forma a ser testado tendo em conta o “saber fazer” que, ligado ao saber prático, dá continuidade à evolução do conhecimento (Benner, 2001). Com o aumento do conhecimento prático a enfermeira questiona o conhecimento teórico bem como a tomada de decisão, sendo capaz de, com o aumento da sua experiência, ter uma resposta mais rápida e sólida, facilitando o desenvolvimento da enfermagem e a prestação de cuidados especializados, evoluindo de iniciada a perita (Benner, 2001).

Todos os enfermeiros especialistas devem possuir competências comuns, as quais se definem no domínio da “responsabilidade profissional, legal e ética, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2010^a, p.3). O enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria deve possuir competências específicas, de “assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde, cuidar da criança/jovem e

família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2010^b, p.2). O EEESIP deve assim prestar cuidados de enfermagem seguros, competentes e avançados à criança/jovem e família, sendo capaz de avaliar e responder às suas necessidades expressas (OE, 2010^c)

2.5. Cuidar em Enfermagem Pediátrica

Acompanhando a evolução da história, o cuidado à criança/jovem e família tem ganho gradualmente um papel de destaque na área da saúde (Hockenberry & Wilson, 2014). A preocupação e os cuidados com a criança têm uma origem muito recente, havendo um olhar sobre a sua saúde, vulnerabilidade e bem-estar apenas a partir dos finais de 1800, tratando-a, até aqui, sempre isoladamente da família (Hockenberry & Wilson, 2014). Só a partir de 1940 se começaram a desenvolver estudos que demonstraram a importância da presença da mãe junto da criança, olhando às suas necessidades psicológicas (Hockenberry & Wilson, 2014). Ao longo dos tempos este pensamento evoluiu com a contribuição de estudos na área da pediatria, até se chegar à filosofia dos **CCF**, os quais entendem a “família como uma constante na vida da criança”, tendo-a como unidade de cuidados, respondendo às suas necessidades e possuindo como conceitos fundamentais a **capacitação** e o **Empowerment** (Hockenberry & Wilson, 2014).

A filosofia de CCF baseia-se em 4 conceitos fundamentais: Dignidade e Respeito; Partilha de Informação; Participação; e Colaboração (<http://www.ipfcc.org/>; Hockenberry & Wilson, 2014). É fundamental ao bem-estar da criança/jovem e pais/família, à qualidade, segurança e continuidade dos cuidados, valorizando a permanência dos pais junto da criança/jovem e a sua participação nos cuidados, permitindo-lhe ter um elemento de apoio junto a si nos cuidados e na tomada de decisão (Conway et al., 2006, Pruitt, Johnson, Elliott & Palley, 2008). Os CCF preconizam uma parceria que promove o *Empowerment* da criança/jovem e família, reconhecendo e promovendo as suas forças, o apoio família-família, a sua proteção emocional e financeira e prestando cuidados flexíveis e culturalmente competentes (Smith et al., 2006; Jolley & Shields, 2009; Hockenberry & Wilson, 2014).

Prestar CCF em pediatria permite reduzir o impacto negativo da hospitalização da criança nos cuidadores, uma vez que os cuidados são planeados e prestados com e

para a família (Coyne, O'Neill, Murphy, Costelo & O'Shea, 2011). Nesta abordagem de cuidados, o enfermeiro tem um papel primordial na supervisão, apoio, educação e construção de uma relação terapêutica eficaz, promovendo o bem-estar da criança/jovem e família e o seu conforto, advogando-a e promovendo a sua saúde e desenvolvimento (Cooper et al., 2007; Coyne et al., 2011; Hockenberry & Wilson, 2014). Os cuidados objetivam uma redução dos efeitos negativos para a criança e pais e promovem o aumento da confiança, das competências parentais, a desmistificação da situação da criança e o aumento da qualidade dos cuidados, procurando a criação de parcerias (Dunn, Reilley, Johnston, Hoopes, Abraham, 2006; Coyne & Cowley, 2007).

O conceito de **Parceria** define um processo dinâmico que ocorre entre o enfermeiro e os pais, e durante o qual os intervenientes detêm um papel ativo no delinear e na procura de objetivos comuns no cuidado à criança/jovem e família (Mendes & Martins, 2012). Pressupõe a partilha de poder, conhecimentos e valores, existindo uma negociação constante, respeito pela tomada de decisão e partilha do planeamento e da prestação de cuidados (Mendes & Martins, 2012). Quanto mais os pais são incluídos nos cuidados, caso seja essa a sua vontade, mais confiantes e responsáveis se sentem pela criança/jovem (Skene et al. 2012).

O papel do EEESIP em todo este processo é definido em documentos que regem a profissão e os cuidados em pediatria e definem os direitos dos pais, tais como o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013 (PNSIJ 2013), que pretende uma capacitação da família, prestando-lhe cuidados, estando atento às suas necessidades e preocupações e permitindo aquisição de competências para os cuidados à criança/jovem de forma eficaz (Direção Geral de Saúde (DGS), 2013).

Ao enfermeiro cabe o dever de defender e fazer valer os direitos de quem cuida (artigo 76º do Código Deontológico do Enfermeiro; Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005), nomeadamente a Convenção dos Direitos da Criança, a qual preconiza a sua proteção, da sua saúde e do seu desenvolvimento, nomeadamente o artigo 6º, que diz que a criança tem direito à vida e desenvolvimento, artigo 9º - a criança não pode ser separada dos pais se não for essa a vontade deles e artigo 12º - a sua opinião deve ser ouvida e considerada, tendo direito à informação (UNICEF, 1989). Quando hospitalizada, a criança tem direitos específicos inscritos na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008). O artigo 1º diz que a criança só pode ficar internada se os cuidados que necessita não poderem ser prestados no domicílio; artigo 2º, a criança

tem direito a ter, junto a si, os pais, independentemente da sua idade ou estado de saúde; o artigo 3º incentiva a presença dos pais junto dos filhos, permitindo a sua participação nos cuidados, recebendo, segundo o artigo 4º, toda a informação e vendo a dor, física ou emocional, reduzida (IAC, 2008). Deve ser oferecido à criança e família um ambiente que responda às suas necessidades psicológicas e emocionais – artigo 7º e 8º (IAC, 2008).

Finalmente, olhando ao enquadramento legal que defende os pais, encontra-se a Lei 106/2009, a qual defende a importância da presença dos pais junto da criança internada, com vista à sua recuperação mais célere, sendo seu direito ter as condições mínimas de conforto, a assistência e o direito à alimentação.

2.6. Cuidados não-traumáticos

O cuidado não-traumático implica a prestação de cuidados à criança/jovem e família de modo que reduzam ou eliminem o seu desconforto físico, psicológico, emocional e social, mantendo o seu efeito terapêutico, quer seja na área da “prevenção, do diagnóstico, do tratamento ou da palição” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.12). Os cuidados não-traumáticos estão implícitos nos documentos que regem a prática de enfermagem, tais como: o Estatuto da OE, artigo 76º - o enfermeiro tem o dever de respeitar a vida e a dignidade humana; o CDE, artigo 81º - o enfermeiro deve proteger a criança de qualquer forma de abuso, salvaguardando os seus direitos (Nunes et al., 2005); as Competências Específicas do EEESIP – competência E2.2 – atua na gestão da sua dor, olhando ao seu bem-estar físico, psico-social e espiritual (OE; 2010^b).

O desconforto físico causado na criança pode ir desde a sonolência à necessidade de imobilização e até à dor ou mesmo ao incómodo causado pela desadequação da temperatura, luz ou ruído (Hockenberry & Wilson, 2014). Cabe ao enfermeiro prevenir ou reduzir este desconforto físico, atuando na sua origem e intervindo de forma eficaz (Hockenberry & Wilson, 2014).

Prestar cuidados não-traumáticos a nível psicológico pode significar proporcionar o espaço adequado para os pais acompanharem a criança e explicar os procedimentos realizados junto dela de forma a reduzir a ansiedade, medos, e tristeza que os pais possam sentir (Hockenberry & Wilson, 2014).

Num estudo de Boie et al. (1999), cit. por Dingeman et al. (2007), realizado nos Estados Unidos, quando questionados, 87% dos pais referiram querer ficar junto da criança durante a prestação de cuidados, inclusive durante os procedimentos invasivos, mostrando vontade de poderem optar e não gostando que os profissionais decidissem por eles. Esta presença pode, no entanto, ser negada com a justificação, dos profissionais de saúde, de que interfere com o processo de cuidados, provoca ansiedade e *stress* nos profissionais, pode ser traumático para os pais e levar a má interpretação de todo o trabalho (Emergency Nurses Association (ENA), 2012). Bauchner (1991), no seu estudo realizado numa Unidade de Urgência Pediátrica, bem como o acima referido estudo de Boie et al. (1999), juntamente com o estudo de Gold et al. (2006) realizado numa UCIN, todos cit. por Dingeman et al. (2007), defendem que, quando ficam junto da criança, os pais não se arrependem e mostram vontade em voltar a fazê-lo em qualquer situação.

É fundamental ter em consideração os benefícios da presença dos pais, junto da criança, para todos os intervenientes da relação de cuidado. Para o **RN** a presença dos pais é benéfica pois dá conforto e segurança (American Association of Critical Care Nurses (AACN), 2010; ENA, 2012). Quando há contacto físico entre o RN e os pais, referem Sachetti et al., (2000), cit. por Dingeman et al., (2007) e Skene et al. (2012), há redução da agitação e promoção do conforto da criança através do efeito não farmacológico que os pais possuem através da voz, toque ou contacto visual. Quando a criança está acompanhada pelos pais tem a possibilidade de ter um elemento de apoio junto a si que lhe garante cuidados dignos e com respeito, podendo levar a uma redução do tempo de internamento (Pruitt et al., 2008).

Para os **pais**, ficar junto do seu RN responde à necessidade/desejo de estar presente, de ter opção de escolha e participar na tomada de decisão, há redução do *stress*, da ansiedade, do medo e das memórias negativas, aumentando a satisfação, dando paz de espírito e sentindo que a criança se sente amada (Robinson et al., 1998, cit. por Dingeman et al., 2007; Pruitt et al., 2008; AACN, 2010). Promove uma relação de confiança com a equipa, facilita a comunicação, aumenta o sentimento de poder e responde às necessidades físicas, emocionais, psicológicas e espirituais dos pais (Heinemann, Hellström-Westas & Nyqvist, 2013).

Para o **enfermeiro** os benefícios de ter os pais presentes passam por permitir que a família reconheça que todos os esforços foram feitos, reduz a probabilidade de processos judiciais, promove experiências positivas, humaniza a situação, garante a

dignidade e facilita a comunicação e a promoção das competências parentais (ENA, 2012).

2.7. Empowerment

Embora haja uma palavra na língua portuguesa semelhante à palavra inglesa, opto por utilizar a expressão original, sendo importante, no entanto, desmembrá-la para a tentar entender melhor. Em-power-ment: “Em” – ir ao encontro de, dar condição para algo; “power” – poder sem ter um sentido autoritário: “ment” – processo/resultado (Dallago, 2006, cit. por Rosa, 2009). Define-se como o processo através do qual se procura promover a capacitação e se espera que resulte numa aquisição de poder (Rosa, 2009; Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011). Procura-se dar poder ao cliente alvo de cuidados, criança/jovem e família, para que este consiga aumentar o seu controlo sobre a sua saúde e os seus determinantes, estando implícito ou explícito em qualquer área de saúde/promoção da saúde e atuando a nível pessoal, organizacional e comunitário (WHO, 1998, cit. por Carvalho, 2004; Alsop, Bertelsen & Holland, 2006; Rosa, 2009; Pereira et al., 2011). Espera-se que o cliente tenha um papel ativo, sendo capaz de influenciar o meio em que se insere com confiança e independência, promovendo a sua auto-estima, auto-ajuda, adaptação ao meio e capacidade de resolução de problemas, modificando a sua situação e ultrapassando atitudes paternalistas através da criação de parcerias (Gibson, 1991, cit. por Oushan, Sweeny & Johnson, 2000; Carvalho, 2004; Sem, 2001, cit. por Malheiros, 2009; Ellis-Stoll & Popkess-Vawter, 1999; Alegria et al., 2008; cit. por Liu, Chao, Huang, Wei & Chien, 2009),

A promoção do *Empowerment* deve ser uma preocupação do enfermeiro em qualquer contexto ou situação de prestação de cuidados. O PNSIJ 2013, prevê a capacitação da família através da promoção das suas competências para o cuidado à criança/jovem, a promoção da parentalidade e a passagem da responsabilidade à criança/jovem e pais pelo seu processo de saúde-doença (DGS, 2013).

Durante o internamento da criança, nomeadamente do RN, incentivar o *Empowerment* dos pais é fundamental e uma das suas necessidades (Cleveland, 2008). Decorrem daqui efeitos positivos a curto e longo prazo, promovendo um papel parental adequado e uma responsabilização pelos cuidados ao RN,

aumentando a confiança e participação dos pais nos cuidados (Melnyk, 2004, 2006; Liu et al., 2009; Borimnejad, Mehrnoosh, Fatem & Haghani, 2013).

Promover o primeiro contacto mãe-filho, e o vínculo entre estes, dá à díade força e segurança, atuando como agente propulsor do *Empowerment*, pois permite que a mãe aceite a responsabilidade pelo RN (Gibson, 1995; Neves & Cabral, 2008). A relação criada com os enfermeiros é facilitada pela partilha de informação, que age como elemento propulsor do *Empowerment*, promovendo o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, partilhando poder e promovendo um aumento de competências e conhecimentos e redução do medo e ansiedade para que os pais consigam reconquistar o controlo sobre as suas vidas e com isso realizar mudanças positivas (World Bank, cit. por Malheiros, 2009; Reis, Rempel, Scott, Brady-Fryerm & Aerdo, 2010; Fordham, Gibson & Bowes, 2011; Santos et al., 2014).

Quando a comunicação dos enfermeiros não é individualizada e adequadas às necessidades e compreensão dos pais há uma barreira ao *Empowerment*, dificultando a partilha de informação sobre a criança e sobre as ansiedades e preocupações dos pais (Souza et al., 2010; Hockenberry & Wilson, 2014).

O processo de *Empowerment* dos pais é concluído após quatro fases: Identificação de áreas prioritárias / contacto com a realidade; Exploração das emoções agregadas às áreas problemáticas / identificação dos pontos fortes, habilidades e recursos dos pais/família; Estabelecimento de estratégias e objetivos / criação de parcerias e negociação em prol da criança; Perceção do nível de motivação para a mudança / definição de estratégias para o cuidado ao RN (Gibson, 1995; Fitzgerald et al., 2000, cit. por Leal, 2006).

O *Empowerment* pode ser avaliado tendo em conta: - a capacidade de recorrer e utilizar recursos que permitam tomar decisões mais adequadas a si; - a participação no processo de tomada de decisão; - o conhecimento de si para que, em paralelo com as suas ideologias, reconheça e atue de acordo com as suas preferências (Zenz, 2000); - a confiança em si e nas suas capacidades (Malheiros, 2009).

Gaucher e Payot (2011) referem que é importante que o processo de *Empowerment* dos pais tenha início ainda na fase pré-natal através da passagem de informação acerca da possibilidade de internamento da criança, permitindo o contacto com a unidade de neonatologia e desmistificando todo o processo pelo qual se passa quando o RN tem de ser internado, reduzindo significativamente os stressores a que os pais estão sujeitos (Gaucher & Payot, 2011).

2.8 Cuidar de acordo com Kristen Swanson

Mobilizei diversas teóricas de enfermagem ao longo de todo o trabalho realizado, no entanto optei por me basear na Teoria do Cuidar de Médio Alcance de Kristen Swanson porque, perante o tema em estudo e os conceitos fundamentais ao relatório e ao percurso desenvolvido, apresenta como conceito basal a **capacitação**, termo fundamental para a definição de *Empowerment* (Swanson, 1993). Sendo um estudo vocacionado para a Neonatologia, faz sentido basear o meu trabalho numa teoria aplicada e validada nesta área do cuidar, baseando-se na partilha de responsabilidades nos cuidados ao RN entre enfermeiro e Pais (Wojnar, 2014).

A Teoria do Cuidar de Médio Alcance de Kristen Swanson defende o cuidar como uma forma carinhosa de se relacionar com a pessoa, sentindo para com ela compromisso e responsabilidade (Swanson, 1991).

Na UCIN os pais/família e profissionais partilham a responsabilidade de cuidar do bebé, e os cuidados são prestados com base em quatro processos, de acordo com Swanson (1993, 1999), com subprocessos, que se interligam, influenciam e comunicam entre si: CUIDAR, mantendo a dignidade, moral e humanização de cuidados e preconizando as etapas: Crença no Ser Humano - manter a confiança nas capacidades e competências de quem se cuida para ultrapassar a crise; Conhecer a realidade da pessoa – o significado da situação que está a viver, focando-se na pessoa; Ser Com - estar emocional e fisicamente presente; Fazer Por – fazer pelo cliente aquilo que ele faria se pudesse; Facilitar – a passagem pelas transições de vida e situações estranhas, focando-se no evento, dando informação, apoiando e dando feedback (Swanson, 1993, cit. por Wojnar, 2014). ATTACHING/COMPROMETIMENTO – conhecer profundamente o cliente através da Comunicação acessível, Atuando para responder adequadamente às necessidades da pessoa (Swanson, 1993, cit. por Wojnar, 2014). GERIR RESPONSABILIDADES – Tomando responsabilidade quando deve iniciar a ação; Gerindo e balanceando a partilha de responsabilidades e sendo capaz de a Passar aos pais, tudo para EVITAR MAUS RESULTADOS – reduzir as consequências negativas para o bebé e outros intervenientes, dirigindo a ação, usando capacidades e recursos técnicos e pessoais para reduzir os riscos; e Inibir a reação evitando resultados negativos (Swanson, 1993, cit. por Wojnar, 2014).

3. PERCURSO FORMATIVO

De 29 de Setembro de 2014 a 13 de Fevereiro de 2015 realizei o estágio do 5º CMEAESIP (Cronograma em Apêndice 2), tendo como objetivo o desenvolvimento de competências de EEESIP de modo a capacitar-me para dar uma resposta adequada às necessidades da criança/jovem e família e mais concretamente ao problema identificado no meu contexto de trabalho.

Este percurso teve em consideração o preconizado pela OE, pelo que estagiei em contextos como o Serviço de Internamento de Pediatria, a Unidade de Urgência Pediátrica, a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e o meu próprio contexto de trabalho, onde pude ter uma ação dirigida ao problema identificado inicialmente.

Assim, neste capítulo tenho o intuito de, seguindo o meu percurso de estágio, apresentar a razão da escolha de cada um dos contextos frequentados, os objetivos definidos para cada um deles e, posteriormente, fazer uma análise crítica das atividades e das aprendizagens alcançadas em cada serviço.

3.1. Serviço de Pediatria

Escolhi o serviço de Internamento de Pediatria (Apêndice 3) como contexto de estágio por serem aqui prestados cuidados à criança/jovem entre os 0 e os 18 anos, com patologia do foro médico e cirúrgico. Os cuidados têm em consideração a família como indissociável da criança/jovem, promovendo-se a sua participação nos mesmos, respeitando os seus direitos e criando relações de confiança, promotoras do *Empowerment* dos pais.

Ao ser um contexto diferente do meu tive oportunidade de contactar com uma cultura organizacional diferente da minha, permitindo-me conhecer uma maneira diferente de cuidar da criança/jovem e família, podendo assim desenvolver competências de EEESIP exigidas pela OE, respondendo também às minhas próprias necessidades de desenvolvimento profissional.

3.1.1. Objetivos

Para este contexto foram definidos objetivos gerais e específicos, baseados no meu auto-diagnóstico de competências e no exigido pela OE para o EEESIP, tendo também definido atividades para lhes dar resposta (Apêndice 3.1):

- Desenvolver competências de EEESIP
 - Prestar cuidados de enfermagem à criança/jovem e família durante o internamento de pediatria;
 - Desenvolver técnicas de comunicação adequadas à criança/jovem e família de acordo com a sua etapa de desenvolvimento;
 - Desenvolver competências na promoção da parentalidade;
- Desenvolver competências na promoção do *Empowerment* dos pais para a prestação de cuidados à criança/jovem.
 - Identificar intervenções e estratégias de enfermagem promotoras do *Empowerment* dos pais durante os cuidados à criança/jovem;

3.1.2. Análise crítica das atividades

O acolhimento é um momento fulcral no internamento da criança/jovem, pois este e a sua família encontram-se vulneráveis e com novas necessidades (Silva et al., 2010). O primeiro contacto com os profissionais de saúde deve permitir o estabelecimento de relações de confiança, a valorização do conhecimento dos pais e da criança/jovem, e a promoção dos seus direitos, tal como Hockenberry e Wilson (2014) referem. É importante que a criança/jovem e pais se sintam acolhidos, confortáveis, apoiados e que percebam que têm um papel importante na tomada de decisão e nos cuidados (Mundy, 2010).

Nos acolhimentos que tive oportunidade de fazer, neste contexto, segui a filosofia dos enfermeiros do serviço, olhando às necessidades da díade, apresentando-me na primeira abordagem (cargo e nome) e fazendo um encaminhamento à unidade da criança/jovem, onde mostrava o espaço/condições e explicava as normas e funcionamento do serviço, permitindo uma familiarização com o ambiente. Pude evidenciar a possibilidade de os pais trazerem objetos que humanizassem o ambiente, reduzindo o *stress* da criança/jovem e, assim, o *stress* dos pais, como

recomenda Mundy (2010). No momento da admissão entregava também o guia de acolhimento do serviço.

Ao proporcionar um ambiente acolhedor, apresentar o espaço e permitir que familiarizassem o espaço da criança, permiti a promoção de uma relação de confiança com a equipa, favorecendo a comunicação, aumentando o sentimento de poder dos pais e criança/jovem, e respondendo às suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas e espirituais, tal como defendido por Pruitt et al. (2008), Mundy (2010), Heinemann et al. (2013) e Hockenberry e Wilson (2014). Em cada interação com os pais pude dar-lhes informação adequada às suas necessidades para que conseguissem gerir a situação e se sentissem motivados a participar nos cuidados à criança/jovem, permitindo-lhes manter o equilíbrio e usufruir dos seus direitos, como Lopes (2008), Malheiros (2009) e Pereira et al. (2011) preconizam. Fazer o acolhimento da criança/jovem e pais permitiu-me desenvolver relações de respeito, confiança e parceria, como defendem Rouck e Leys (2009).

Preocupeimei-me em dar espaço aos pais para tentar avaliar a sua compreensão do que eu dizia e dar-lhes apoio sempre que necessário, permitindo-lhes controlar a situação e promovendo o seu *Empowerment* de forma interpessoal tal como refere Rich et al. (1995, cit. por Rosa, 2009). Na colheita de dados procurei promover a partilha de informação entre mim e os pais, mantendo sempre um ambiente calmo e sigiloso, permitindo responder às suas necessidades de apoio e informação, tal como preconiza Mundy (2010) e promover o seu *Empowerment*.

A consulta das normas de Enfermagem que realizei permitiu aperceber-me da forma como os direitos da criança/jovem e pais são considerados nos cuidados prestados no serviço, aproximando-me da sua filosofia e do empenho na promoção do *Empowerment* dos pais.

Neste serviço a criança/jovem pode ter sempre alguém a acompanhá-la, ficando apenas uma pessoa durante a noite. Há respeito pelos Direitos da Criança, artigo 9º, que refere que a criança não pode ser separada dos pais se não for essa a sua vontade (UNICEF, 1989) e pela Carta dos Direitos da Criança Internada, artigo 2º, a criança/jovem tem direito a ter sempre os seus pais, ou substitutos, junto a si, independentemente da sua idade ou estado de saúde (IAC, 2008). Há também uma preocupação com as necessidades dos acompanhantes, garantindo que dispõem de pelo menos um cadeirão para descansar (Lei 106/2009).

O *Paciente – and Family – Centered Care* refere que prestando CCF procura-se um *Empowerment* do cliente/família através do respeito pela sua dignidade, pelo apoio e pelo controlo sobre a situação (www.familycenteredcare.org; Smith et al., 2006). Manter os pais junto da criança/jovem dá conforto e proporciona uma sensação de controlo sobre o processo que se vive. Também a passagem de informação mostra-se fundamental para esta sensação de controlo (Rouck & Leys, 2009), pelo que procurei manter os pais/família sempre informados acerca do estado da criança/jovem, bem como sobre todos os cuidados que lhe prestava. A partilha de informação entre pais/família e enfermeiros, e a sua inclusão nos cuidados, permitiu um aumento de conhecimentos de ambos os lados, quer em relação aos cuidados prestados à criança no domicílio, aos seus hábitos e rotinas, quer em relação à situação clínica da mesma permitindo, segundo Skene et al. (2012), dar poder aos pais na tomada de decisão, promover o seu *Empowerment* e defender e proteger a criança/jovem.

Gibson (1995) refere que só quando há vinculação estabelecida é que os pais podem sentir necessidade de cuidar do RN e serem responsáveis por esse cuidado, sendo, o processo de vinculação, fundamental para a promoção do *Empowerment*. Tentei assim promover uma vinculação eficaz entre o RN e os pais, evidenciando a sua individualidade e forma de comunicação, como referem Hockenberry e Wilson (2014). Realizei educação para a saúde procurando, junto dos pais, as suas dúvidas relativas aos cuidados à criança e adequando os ensinamentos feitos a estas, e proporcionei momentos nos quais os pais pudessem treinar os cuidados, dando-lhes apoio. A partir daqui testemunhei um aumento de competências, confiança, controlo e autonomia nos pais e redução do medo e da ansiedade, o que está de acordo com o que Santos et al. (2014) defendem.

Para além da informação fornecida, fui capaz de construir relações de confiança com base no cuidado à criança/jovem e pais, considerando a dignidade, a participação nos cuidados e a colaboração dos pais, baseando-me na filosofia dos CCF defendida por Hockenberry e Wilson (2014). Na interação com a família procurei fazer uma constante avaliação dos conhecimentos acerca dos cuidados à criança/jovem, introduzindo novas formas de interação e dando aos pais meios para gerirem os cuidados. Tentei promover a sua autonomia, desde a administração de leite à administração de medicação em domicílio, informando os pais, treinando-os e acompanhando-os durante todo o processo. Gradualmente procurei passar-lhes a

responsabilidade pelos cuidados parentais, tal como preconiza Swanson (1993, 1999), promovendo as suas competências para o cuidado à criança/jovem, dando-lhes apoio, reconhecendo as suas necessidades e promovendo as suas capacidades, como é pretendido por Council of Europe (2007).

Ser responsável pela prestação de cuidados à criança/jovem permitiu ainda desenvolver competências de comunicação. É através de uma comunicação eficaz, colocando questões abertas, dando incentivos não-verbais e escutando a pessoa, que se estabelecem relações de confiança (Hockenberry & Wilson, 2014). É através da partilha de informação clara, simples, adequada ao contexto e ao interlocutor, detalhada e cuidadosa que Rouck e Leys (2009) referem haver promoção do envolvimento dos pais nos cuidados, dando-lhes autonomia para cuidar da criança e ter um papel ativo na tomada de decisão.

Ao relacionar-me com a criança/jovem tive oportunidade de desenvolver competências de avaliação do seu desenvolvimento, permitindo-me planear cuidados e intervenções personalizadas e dar respostas adequadas às suas necessidades, como preconizam Hockenberry e Wilson (2014). Dizem-nos estes autores que é fundamental, quando se observa a criança, considerar todo o ambiente em que esta se insere sendo, o seu desenvolvimento, diretamente influenciado por este. Fiz a avaliação da criança utilizando a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, por ser uma escala preconizada pelo PNSIJ 2013 (Apêndice 3.2). Para avaliar a criança de 10 anos, não havendo nenhuma escala preconizada pelo PNSIJ 2013, segui o plano de consulta de vigilância para esta idade (DGS, 2013)

Ao avaliar a criança, junto dos pais, promovi o seu conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, realizando também cuidados antecipatórios, preconizados no PNSIJ 2013 (DGS, 2013). Existiu um efeito de reforço positivo, dando aos pais a certeza de que os cuidados que prestam à criança são adequados, dando-lhes confiança para ficarem mais ativos e com mais responsabilidade pelos cuidados.

Durante o estágio elaborei registos de interação e observação (exemplo em Apêndice 4 e 5), os quais analisei posteriormente, servindo para refletir sobre a minha prática de cuidados.

Assim, e olhando ao trabalho realizado ao longo deste período, consegui desenvolver competências de EEESIP ao prestar cuidados à criança/jovem e pais em diferentes etapas de desenvolvimento, aumentando também conhecimentos

neste âmbito. Aqui também obtive mais-valias que me permitirão responder à problemática encontrada no meu contexto, sendo capaz de começar a delinear intervenções promotoras de *Empowerment* dos pais, verificando que o apoio, a partilha de informação, a comunicação com os pais, bem como o seu envolvimento nos cuidados, são pontos fundamentais ao desenvolvimento deste.

3.2. Unidade de Urgência Pediátrica

A esta unidade (Apêndice 6) recorrem crianças/jovens em situação de urgência/emergência e em situação complexa de saúde, designadamente crianças que estiveram internadas na UCEN. Nesta Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) são atendidas crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias. É preocupação dos profissionais desta unidade prestarem cuidados à criança sem nunca se descuidar a presença e participação dos pais. Pela sua complexidade este contexto de estágio mostrou-se propício ao desenvolvimento de competências de EEESIP de vária ordem, constituindo-se contributos importantes para ajudar a dar uma resposta adequada à problemática identificada no meu local de trabalho.

3.2.1. Objetivos

Para este contexto foram definidos objetivos gerais e específicos, baseados no meu auto-diagnóstico de competências e ao exigido pela OE para o EEESIP, tendo também definido atividades para lhes dar resposta (Apêndice 6.1):

- Desenvolver competências de EEESIP.
 - Prestar cuidados à criança/jovem e pais em situação complexa de saúde na Unidade de Urgência Pediátrica (UUP).
 - Desenvolver competências de triagem da criança na UUP;
 - Desenvolver competências de comunicação adequadas à criança/jovem e família em situação complexa de saúde (na UUP);
 - Desenvolver competências na avaliação da criança/jovem em situação complexa;
- Desenvolver competências de EEESIP na promoção do *Empowerment* dos pais.

- Identificar intervenções de enfermagem promotoras do *Empowerment* dos pais em contexto de cuidados de saúde complexos à criança/jovem (na UUP);

3.2.2. Análise crítica das atividades

A ida da criança/jovem à UUP é caracterizada por ser um episódio isolado, que tem como objetivo a procura de assistência médica de uma forma descontinuada e em situação aguda (Benito, 2006), causando uma alteração na rotina de vida da família e aumentando o seu *stress* e ansiedade (Faquinello, Higanashi & Marcon, 2007; Silva et al., 2010). O primeiro contacto da díade com o enfermeiro é no gabinete de Triagem, onde se faz a primeira avaliação da situação de saúde da criança/jovem. Este momento é fulcral para que o enfermeiro perceba e classifique, aplicando o Sistema de Triagem de Manchester, a queixa pela qual a criança/jovem recorre à UUP (Fernandes, 2010).

Durante o estágio na UUP tive oportunidade de observar, participar e realizar triagens, elaborando posteriormente registos de observação e interação e analisando-os concomitantemente com as normas de enfermagem existentes no contexto. Com isto procurei perceber a que nível estes profissionais têm incluídas, na sua prática, estratégias promotoras dos direitos da criança/jovem e do *Empowerment* dos pais. Isto permitiu-me conhecer a cultura e filosofia que guiam os cuidados de enfermagem nesta UUP.

Durante o acolhimento procurava saber a causa de ter recorrido à urgência e colocava questões abertas, simples e claras na tentativa de entender toda a situação, contexto e história da criança, dando oportunidade para que a criança/jovem e o acompanhante pudessem expor as suas ansiedades e queixas. Estabeleci relações de confiança, tentando ser empática e dando importância à informação fornecida pela família tendo uma escuta ativa, facilitando a partilha de responsabilidades e informação com os pais e a sua participação na tomada de decisão, tal como Malheiros (2009), Rouck e Leys (2009), Reis et al. (2010) e Hockenberry e Wilson (2014) referem. Neste sentido, também Kristen Swanson (1993, 1999) na Teoria do Cuidar de Médio Alcance defende que o enfermeiro deve estar disponível para ajudar e apoiar a pessoa na crise.

No final da triagem e antes de terminar a interação procurava dar informação de volta à família, explicitando as razões da prioridade dada à situação de saúde da criança/jovem, o que os pais deveriam fazer em caso de agravamento do seu estado ou como deveriam proceder junto da criança durante o tempo de espera. Procurei que os pais fossem capazes, de forma autónoma, de vigiar a criança/jovem e reconhecer nela alterações no seu comportamento “normal”, partilhando responsabilidades no cuidado e comprometendo-me a estar disponível e a dar uma resposta rápida em caso de agravamento do seu estado clínico. Procurei promover o *Empowerment* dos pais, tal como Gibson (1995), Malheiros (2009), Rouck e Leys (2010) e Pereira et al. (2011) referem, e passar a responsabilidade parental aos pais pela vigilância da criança/jovem, tal como Swanson (1993, 1999) defende.

Até ter alta da UUP a criança tem sempre alguém a acompanhá-la, podendo participar nos cuidados, o que, estando definido em todas as normas de enfermagem lidas, está de acordo também com o defendido pelos Direitos da Criança, artigo 9º, a criança não pode ser separada dos pais se não for essa a sua vontade (UNICEF, 1989), e pela Carta dos Direitos da Criança Internada, artigo 2º, a criança/jovem tem direito a ter sempre os seus pais, ou substitutos, junto a si, independentemente da sua idade ou estado de saúde (IAC, 2008).

A presença dos pais junto da criança/jovem reduz a sua ansiedade e medo, dá conforto e apoio, retira as dúvidas dos pais em relação aos cuidados e esforços realizados (Pruitt et al., 2008; AACN, 2010; Oman, Duran & Denver, 2010; ENA, 2012). Nos cuidados que prestei na UUP procurei dar sempre a opção aos pais de ficarem junto da criança/jovem antes de realizar qualquer intervenção, o que respeita a filosofia dos CCF defendidos por <http://www.ipfcc.org>, por Pruitt et al. (2008) e Hockenberry e Wilson (2014).

Ao promover a participação dos pais nos cuidados, bem como a sua capacitação, tentei promover os papéis parentais, permitindo que os pais fossem capazes de dar respostas adequadas às necessidades da criança/jovem, promovendo o seu desenvolvimento adequado e harmonioso, tal como é defendido por Palácios e Rodrigo (2007) e Lopes et al. (2010). Procurei partilhar o controlo da situação com os pais, promovendo o seu *Empowerment* interpessoal definido por Rich et al. (1995, cit. por Rosa, 2009), estando disponível para atender às suas necessidades de apoio e informação, como refere Mundy (2010), confiando nas competências

parentais e tentando estar disponível para escutar e ajudar a família como Swanson (1993, 1999) preconiza.

Quando a criança/jovem necessita de ficar sob observação passa da sala de observação para a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), onde pode permanecer até 48h, tendo posteriormente alta ou sendo transferida para o Serviço de Pediatria. Na UICD é realizado um acolhimento à criança/jovem e pais/família, sendo fornecido um folheto que explica o funcionamento da mesma, garantindo e reforçando a importância da presença dos pais, possível durante 24h, e da sua colaboração nos cuidados prestados à criança/jovem, fazendo-a sentir-se protegida e dando-lhe apoio emocional. Nos cuidados que prestei à criança/jovem na UICD percebi a necessidade de partilhar um projeto de cuidados personalizados com os pais para que o impacto do internamento nela fosse mínimo. Houve necessidade, mediante autorização da orientadora, de ser flexível com as regras da unidade, permitindo, quando o contexto o facilitava, que estivesse mais que uma pessoa junto da criança o que, segundo Xavier et al. (2014), facilita a adaptação à situação e contexto, e dá resposta às necessidades de cuidados da criança/jovem e às necessidades de apoio dos pais referidas por Mundy (2010). Ao ver as suas necessidades respondidas, os pais são mais capazes de controlar o ambiente e a situação, havendo promoção do *Empowerment*, tal como referem Cleveland (2008) e Malheiros (2009).

Na UICD percebi que os pais têm muitas inseguranças, pelo que foi importante encorajá-los, mostrar-lhes que possuem competências, capacitá-los através de educação para a saúde e de trabalho em equipa, para que voltassem a acreditar em si e nos cuidados que podem e prestam à criança/jovem. Isto vai ao encontro do que é defendido por vários autores como Melnyk (2004, 2006), Rouck e Leys (2009), Malheiros (2009), Pereira et al. (2011), que preconizam a promoção do *Empowerment* como um ganho e desenvolvimento de competências parentais para que se atinja a independência, confiança nas suas capacidades e o reconhecimento do seu poder. Desta forma os pais têm um papel mais ativo na tomada de decisão e conhecem-se melhor a si e às respostas da criança/jovem (Melnyk, 2004, 2006; Malheiros, 2009). Assim, foi-me permitido desempenhar um papel promotor da parentalidade positiva (OE, 2010^b), procurando capacitar os pais, apoiando-os e dando-lhes ferramentas para responder às suas necessidades, tal como preconiza o

Council of Europe (2007), tendo a díade no centro dos meus cuidados e acreditando nas suas capacidades, como Swanson (1999) defende.

Com os enfermeiros com quem tive oportunidade de contactar, partilhar experiências e refletir, pude considerar os pais como elementos fundamentais nos cuidados, não sendo possível uma resposta tão rápida e adequada se estes não estiverem presentes e não participarem nos cuidados.

Considero fundamental, para o desenvolvimento de competências de EEESIP nos cuidados à criança/jovem em situação complexa de saúde, o estágio que fiz neste contexto. Foi também muito pertinente perceber a importância e participação dos pais/família nos cuidados à criança/jovem na UUP, podendo perceber como é promovido o seu *Empowerment* num ambiente de cuidados urgentes/emergentes à criança/jovem e encontrando como intervenções fundamentais: partilha de informação; inclusão dos pais na tomada de decisão e nos cuidados à criança/jovem; promoção da autonomia dos pais; dar apoio aos pais/família.

3.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A escolha da UCIN (Apêndice 7) para a realização de estágio deve-se ao facto de este ser um contexto que presta cuidados ao RN (0 a 28 dias de vida) gravemente doente ou prematuro, proveniente das urgências obstétricas, urgência pediátrica, internamento e berçário do hospital ou proveniente de hospitais da zona sul do país quando têm patologia cardíaca. Neste contexto existe uma cultura de respeito pelos direitos do RN e pais/família, incluindo-a nos cuidados e respondendo às suas necessidades. Os enfermeiros promovem o *Empowerment* dos pais incluindo-os nos cuidados, na tomada de decisão, partilhando informação, permitindo o desenvolvimento do papel parental e garantindo apoio ao longo do processo de internamento do RN.

Este contexto ofereceu-me oportunidades para desenvolver conhecimentos e competências no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN em situação crítica, melhorando a minha resposta nos cuidados que presto na UCEN. Permitiu também recolher contributos para dar resposta à problemática encontrada no meu contexto de trabalho.

3.3.1. Objetivos

Para este contexto foram definidos objetivos gerais e específicos, baseados no meu auto-diagnóstico de competências e no exigido pela OE para o EEESIP, tendo também definido atividades para lhes dar resposta (Apêndice 7.1):

- Desenvolver competências de EEESIP.
 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem ao RN em situação complexa de saúde na UCIN;
 - Desenvolver técnicas de comunicação adequadas aos pais do RN na UCIN;
 - Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem ao RN em situação de urgência/emergência;
 - Desenvolver competências na tomada de decisão sobre cuidados de enfermagem ao RN na UCIN;
- Desenvolver competências de EEESIP na promoção do *Empowerment* dos pais do RN na UCIN.
 - Identificar intervenções de enfermagem promotoras do *Empowerment* dos pais do RN em situação complexa de saúde na UCIN;
 - Promover o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN na UCIN;

3.3.2. Análise crítica das atividades

Na UCIN o momento do internamento do RN reveste-se de ansiedades, medos, dúvidas, revolta e preocupação para a família, pois o bebé idealizado e esperado nasce com necessidades de cuidados especiais (Heinemann et al., 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). Este tipo de cuidados afasta a família, por medo de tocar no RN que é “tão pequeno” (sic) e está envolto num ambiente “com muitas máquinas à volta e com muitos fios” (sic), a qual acaba por depositar nos profissionais de saúde a responsabilidade pelos cuidados, sentindo estes como os principais cuidadores do RN, tal como referido por Cooper et al. (2007), Costa et al. (2009, cit. por Santos et al., 2014), Souza et al. (2010) e Skene et al. (2012).

Durante o estágio elaborei um guia de observação da promoção do *Empowerment* (Apêndice 7.2) com base na revisão bibliográfica e nos registos de observação até aí elaborados. Este guia permitiu uma melhor apropriação da prática

e cultura dos enfermeiros e uma adaptação da minha própria prestação. Também analisei as normas de enfermagem, apercebendo-me a que nível está incutida a cultura de apoio dos pais e promoção do seu *Empowerment*.

Tive oportunidade de prestar cuidados ao RN e pais/família desde o momento da sua admissão à alta. O momento do acolhimento é fulcral na UCIN. Após a estabilização do bebé foi fundamental dar atenção aos pais, apresentando-me e procurando passar informação acerca da sua situação clínica para que se pudessem, posteriormente, concentrar naquilo que eu tinha a dizer e conseguissem partilhar informação. Segundo Mundy (2010) esta partilha de informação é a principal necessidade dos pais no momento do internamento do RN, juntamente com o sentimento de esperança e aceitação. Ao procurar dar informação acerca do bebé (do seu estado) e do ambiente que o envolve, facilitei a adaptação da família ao meio, reduzindo o *stress* e o sentimento de impotência, tal como referem Rouck e Leys (2009) e Mundy (2010), estando assim disponível para ela, tal como Swanson (1999), na sua Teoria do Cuidar de Médio Alcance, preconiza.

Após o bebé ser recebido e estabilizado, mesmo na presença dos pais, tive oportunidade de falar com estes dando-lhes informação acerca do funcionamento da unidade – horários de visita, normas de funcionamento, condições de que dispõem para o seu conforto – e explicando como podiam ter um papel mais ativo na promoção do bem-estar do RN. Guiei a minha prática visando o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia com os pais e enfatizando a importância da sua presença nos cuidados, tal como defende Lopes et al. (2010).

A Declaração Universal dos Direitos do Bebé Prematuro refere caber à equipa de saúde o dever de criar as condições mínimas para a promoção do vínculo pais/RN pré-termo (Cunha, 2011). Ao procurar as dúvidas, ansiedades e necessidades da família, incluí-a nos cuidados e tomada de decisão e promovi uma vinculação precoce que, juntamente com a presença dos pais junto do bebé (podem estar 24h/dia), foi fundamental para que estes conhecessem o comportamento do RN, desenvolvessem competências para os cuidados e se aproximassem da sua realidade, iniciando, segundo Gibson (1995), o processo de *Empowerment* dos pais.

Ao passar a responsabilidade pelos cuidados parentais aos pais do RN procurei aumentar as suas competências, fazendo-os refletir sobre os recursos disponíveis – segunda fase do processo de *Empowerment* dos pais defendido por Gibson (1995), dando-lhes apoio e evidenciando o comportamento e potencialidades do RN.

Procurei uma relação de confiança com os pais, estando disponível para responder às suas necessidades, tal como defendem Gibson (1995), Council of Europe (2007) e Lopes et al. (2010).

Tive assim oportunidade de trabalhar com os pais ao longo do internamento do RN, visando a sua preparação para a alta e a sua autonomia nos cuidados. A preparação para a alta estando, segundo Gibson (1995), inserida na terceira fase do processo de *Empowerment*, deve ser iniciada no momento mais precoce possível, tal como defende Baquero (2012) e Santos et al. (2014). Aqui verifica-se maior confiança dos pais nas suas competências e capacidades. A educação para a saúde que realizei, adequada às necessidades, dúvidas e especificidades do RN e pais/família, foi feita sempre que necessário, tendo como intuito desenvolvimento do pensamento crítico dos pais, pois só assim, e segundo Holmström e Röing (2009), lhes estamos a dar mecanismos válidos para a resolução de problemas.

Estagiar na UCIN permitiu-me desenvolver competências a nível dos cuidados ao RN em situação complexa. É fundamental que, enquanto enfermeira na UCEN tenha competências para atuar na situação de urgência de forma a responder adequadamente às necessidades de cuidados do RN. É também pedido ao EEESIP que consiga atuar junto da criança/família em situação de especial complexidade, reconhecendo e antecipando situações de instabilidade e gerindo o seu bem-estar (OE, 2010^b). Ao prestar cuidados ao RN em situação complexa de saúde pude testemunhar formas de trabalho e técnicas fundamentais, bem como observar a gestão dos cuidados. Apercebi-me de pormenores que fazem a diferença nos cuidados prestados, treinei competências que não tenho oportunidade de colocar em prática tantas vezes como seria desejável, e desenvolvi uma resposta mais célere nos cuidados ao RN em situação complexa de saúde. Isto permitiu um aumento de confiança nas minhas competências técnicas e na minha tomada de decisão.

Na tomada de decisão no âmbito do *Empowerment* dos pais muitos documentos orientam a ação dos enfermeiros. É dever do enfermeiro respeitar e fazer respeitar os direitos e valores do ser humano (art. 78º, alínea 3b do CDE), salvaguardando os direitos da criança (art. 81º) (Nunes et al., 2005). Decidir com base em informação científica, pensamento crítico e informação adequada, dá ao enfermeiro alicerces para prestar cuidados de qualidade (OE, 2012). Atuei de acordo com as necessidades da família e do RN, respeitando os seus direitos, promovendo a sua

participação nos cuidados, negociando com ela, apoiando-a e justificando cientificamente a minha ação, respeitando o preconizado pela OE (2010^b).

Ao participar neste processo tão completo de cuidados na UCIN e ao vivenciar e observar a prática diária, pude desenvolver competências de EEESIP e recolher o máximo de informação pertinente para delinear estratégias fundamentais para a promoção do *Empowerment*. É possível começar a identificar diferentes momentos fulcrais para a promoção do *Empowerment*, com intervenções que se vão complexificando e complementando: O momento da admissão; O primeiro contacto com o RN/os primeiros cuidados prestados; A preparação para a alta. Em cada um destes momentos identificam-se como intervenções comuns: a partilha de informação, o apoio aos pais/família, a inclusão dos pais nos cuidados e na tomada de decisão e a promoção do pensamento crítico.

3.4. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

A escolha da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (Apêndice 8) para contexto de estágio teve em consideração as características da população que a frequenta, as quais são semelhantes às da população com que contacto diariamente no meu contexto. Este período de estágio também me permite perceber como é promovido o *Empowerment* dos pais no contexto de cuidados comunitários.

Estagiar na UCSP também me permite uma apropriação do papel do EEESIP no âmbito dos CSP, facilitando o desenvolvimento de competências nesta área.

3.4.1. Objetivos

Para este contexto foram definidos objetivos gerais e específicos, baseados no meu auto-diagnóstico de competências e ao exigido pela OE para o EEESIP, tendo definido atividades para lhes dar resposta (Apêndice 8.1):

- Desenvolver competências de EEESIP.
 - Desenvolver técnicas de comunicação adequadas à criança/jovem e família de acordo com a sua etapa de desenvolvimento;
 - Desenvolver competências na realização de consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e de Adolescentes;

- Desenvolver competências na identificação e encaminhamento precoce da criança/jovem e família em situações de risco, quer para a CPCJ quer para a equipa de Intervenção Precoce;
- Desenvolver competências na aplicação e execução do Plano Nacional de Vacinação;
- Desenvolver competências de EEESIP na promoção do *Empowerment* dos pais na UCSP;
 - Identificar intervenções e estratégias de enfermagem promotoras do *Empowerment* dos pais em cuidados de saúde primários.

3.4.2. Análise crítica das atividades

A responsabilização e a capacitação mostram-se conceitos fundamentais no PNSIJ 2013, o qual preconiza que a criança/jovem e pais/família se responsabilizem pelo seu processo de saúde/doença e sejam capazes de o gerir (DGS, 2013), verificando-se uma promoção de competências parentais e do *Empowerment* (Pereira et al., 2011; DGS, 2013). De acordo com a OE (2010^b) o EEESIP tende a promover a parentalidade e a reinserção da criança na sociedade, bem como os ganhos em saúde e o máximo potencial dos pais e criança/jovem, pelo que como futura enfermeira especialista procurei desenvolver estas competências.

Na consulta de Saúde Infantil (SI) da UCSP que tive oportunidade de realizar, existe uma continuidade dos cuidados iniciados a nível hospitalar. O meu estágio nesta unidade de cuidados iniciou-se pela observação dos cuidados prestados. Tendo por base o guia de observação que já havia elaborado, apercebi-me de que as intervenções que procurei realizar junto da criança/jovem e pais/família visaram a promoção do *Empowerment* e o início de uma relação de confiança promotora de saúde, a qual facilitou a abertura dos pais para a colocação de dúvidas, tal como preconizam Mundy (2010) e Pereira et al. (2011). Com base no conhecimento das necessidades dos pais pude realizar educação para a saúde adequada às suas dúvidas e ansiedades, facilitando o desenvolvimento de competências parentais, como referem o Council of Europe, (2007) e Lopes et al. (2010).

Na UCSP procurei atuar como um recurso para a família, colocando a criança/jovem e pais/família no centro dos meus cuidados, acreditando nas suas

competências e conhecendo a sua realidade sem descuidar a sua necessidade de apoio como defende Swanson (1993). Procurei estabelecer parcerias com a família, promovendo a mobilização das suas forças internas, respeitando-a e dando-lhe o controlo de toda a situação, tal como preconiza Smith et al. (2006). Ao dar informação aos pais/família, adequada à sua realidade, procurei responsabilizá-los pela tomada de decisão e promovi a sua autonomia, confiança, auto-estima e responsabilidade sobre os cuidados à criança, tal como defendem Alsop et al. (2006), Neves e Cabral (2008) e Souza et al. (2010), adequando-se às suas necessidades e especificidades, tal como preconizado por Lopes et al. (2010).

Na educação para a saúde tive a preocupação de ter uma linguagem acessível a toda a população mas que se adeque às especificidades de cada família. Antes de dar informação ou fornecer os panfletos aos pais/família, tive sempre o cuidado de procurar saber o que os pais já sabiam, como agiam e quais as dúvidas que tinham. Desta forma ouvi os pais, procurando sossegá-los e validá-los enquanto cuidadores, acreditando nas suas capacidades e competências, agindo e dando apoio em concordância com a realidade que vivem, tal como preconiza Swanson (1993, 1999).

Durante a consulta de SI tive oportunidade de interagir com os pais/família e a criança/jovem, procurando desenvolver competências de comunicação adequadas à sua etapa de desenvolvimento e ao nível de compreensão dos meus interlocutores (OE, 2010^b). Durante a consulta fiz a avaliação da criança, na qual valorizei a informação que recebi dos pais, as suas dúvidas e a interação com a criança, tal como preconiza Dunn et al. (2006). Quando era verificada uma alteração no desenvolvimento da criança/jovem a família era informada mas não alarmada. Com a ajuda da EEESIP fui capaz de informar acerca dos recursos comunitários a que podiam recorrer e para onde podiam ser encaminhados.

Mesmo não sendo aplicada durante a avaliação do desenvolvimento na consulta de SI, fez-me sentido fazer a avaliação da criança com base na Schedules for Growing Skills (SGSII) (Apêndice 8.2) por esta ser uma escala com maior especificidade e sensibilidade para a avaliação do desenvolvimento. Senti, durante a sua aplicação, necessidade de receber e trocar informação com os pais/família de forma a perceber melhor todo o ambiente em que a criança está inserida a nível social, tal como é referido por Hockenberry e Wilson (2014). A avaliação do desenvolvimento da criança, recorrendo à SGS II, permite ao profissional de saúde identificar alterações do desenvolvimento e planear estratégias de intervenção

adequadas (OE, 2010c; DGS, 2013). Contudo nesta unidade, na consulta de saúde infantil, a escala utilizada para avaliação do desenvolvimento é a Mary Sheridan. As escalas mais acuradas e adequadas só são aplicadas, em caso de identificação de uma alteração do desenvolvimento, pela Equipa Local de Intervenção (ELI), que aplica a SGS II.

Para ser encaminhada para a equipa de Intervenção Precoce na Infância (IPI), a criança pode ser referenciada por educadores de infância, pediatra, professores, ou membros da ELI (Apêndice 8.3). A EEESIP, a única enfermeira a fazer consulta de enfermagem de saúde infantil, tem uma ação privilegiada que lhe permite observar/avaliar a criança/jovem e família num contexto mais próximo da sua realidade social, emocional e económica, fazendo um encaminhamento mais completo e adequado para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). A EEESIP, ao fazer parte da ELI, lidera o processo durante a referenciação da criança e família, apoiando-a enquanto elemento facilitador e atuando como conselheira por conhecer a sua realidade, competências e capacidades, tal como Swanson (1993, 1999) defende.

Também a criança/jovem em risco é tida em conta pela ELI, a qual, sempre que se justifique, encaminha para a CPCJ. A EEESIP também colabora com a CPCJ do Barreiro no encaminhamento, reconhecimento e análise dos casos de crianças/jovens em risco na sua área de atuação. Detém um papel de advogado da família e promove a sua reinserção social, trabalhando em parceria com os recursos comunitários e avaliando e utilizando a informação que possui sobre a dinâmica familiar (OE, 2010^b). Assistir a todo este processo permitiu-me compreender e treinar competências no encaminhamento para os recursos comunitários existentes.

Uma outra atividade delineada para realizar neste local de estágio foi a participação na vacinação. Na neonatologia, onde desempenho funções, é frequente vacinar RNs (BCG e VHB), realizando concomitantemente ensinamentos antecipatórios aos pais, permitindo-lhes vigiar e reconhecer alterações na criança e perceber que a vacinação deve ser cumprida, acarretando responsabilidade parental (World Bank, 2000 cit. por Malheiros, 2009; Reis et al., 2010; DGS, 2013). Participar no Programa de Vacinação da UCSP permitiu-me complementar e cimentar conhecimentos (OE, 2010^b), transmitindo a responsabilidade pela vigilância de saúde da criança aos pais, como preconiza Swanson (1993). Ao passar aos pais a responsabilidade pela vigilância da criança promovi as suas competências parentais e demonstrei a

importância do cumprimento do PNV, dando-lhes mecanismos que lhes permitem saber atuar perante a resposta vacinal da criança/jovem (Council of Europe, 2007; Palácios & Rodrigo, 2007).

Estagiar na UCSP permitiu-me perceber o papel da EEESIP a nível comunitário, atuando na promoção da saúde e na defesa da criança/jovem e família. Foi muito pertinente perceber como é promovido o *Empowerment* dos pais no âmbito comunitário, identificando intervenções comuns neste contexto e em contexto hospitalar: partilhar informação, promover o pensamento crítico, apoiar os pais, realizar ensinamentos antecipatórios.

3.5. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Escolhi a UCEN (Apêndice 9) como último contexto de estágio por ter necessidade de agir sobre a problemática identificada e explícita, aplicando os contributos recolhidos em todos os outros contextos de estágio.

A UCEN é um serviço de cuidados intermédios que recebe RNs vindos da Urgência Obstétrica, Urgência Pediátrica ou Serviço de Puerpério, de Hospitais do Litoral Alentejano ou ainda Hospitais Centrais quando há necessidade de prestar cuidados de *after-care*. Estagiar no meu contexto de trabalho permite ter um olhar mais dirigido às necessidades dos pais e à ação da EEESIP, facilitando uma maior perceção dos cuidados prestados na UCEN e a aplicação das competências desenvolvidas num contexto real.

3.5.1. Objetivos

Para este contexto foram definidos objetivos gerais e específicos, baseados no meu auto-diagnóstico de competências e ao exigido pela OE para o EEESIP, tendo também definido atividades para lhes dar resposta (Apêndice 9.1):

- Desenvolver competências de EEESIP.
 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem ao RN e família em situação complexa de saúde;
 - Desenvolver técnicas de comunicação adequadas aos pais do RN;

- Desenvolver competências na educação de pares e disseminação da investigação;
- Desenvolver competências na promoção da vinculação e da promoção da parentalidade;
- Desenvolver competências na gestão da dor e bem-estar do RN;
- Desenvolver competências de EEESIP na promoção do *Empowerment* dos pais do RN na UCEN.
 - Sensibilizar a equipa da UCEN para a importância da promoção do *Empowerment* dos pais;
 - Sensibilizar a equipa da UCEN para as necessidades dos pais;
 - Promover o *Empowerment* dos pais durante o internamento do RN, reduzindo a crise durante o internamento;
 - Promover o envolvimento precoce dos pais nos cuidados ao RN.

3.5.2. Análise crítica das atividades

Na UCEN, quando o RN é admitido, todas as atenções são dirigidas a este, iniciando-se precocemente os cuidados médicos e de enfermagem. Aos pais é dada informação relativa à unidade do bebé, e oferecido um guia de acolhimento com informação prática sobre os cuidados. Após este breve contacto é pedido aos pais/família para saírem para se dar continuidade aos cuidados ao RN.

Após contactar, durante o estágio, com realidades tão diferentes desta sinto necessidade de prestar cuidados também aos pais e explicar-lhes tudo o que se está a passar com o bebé, bem como os cuidados que lhe são prestados. Devido à sua necessidade de apoio e esperança realista que Mundy (2010) defende estar presente no momento da admissão do RN, fez sentido elaborar um panfleto (Apêndice 9.2) que procura a desmistificação do ambiente em que o RN está inserido. Neste panfleto procurei incentivar os pais a elaborarem um diário que lhes permite expor os seus sentimentos medos e ansiedades e registar os avanços e recuos que observam no estado de saúde do RN. São incentivados, caso seja essa a sua vontade, a discutir com a equipa o seu conteúdo, tal como Melnyk et al. (2006) defendem, facilitando a gestão do internamento do RN, tal como referem Liu et al. (2009) e Borimnejad et al. (2013).

No primeiro contacto com o RN os pais não estão despertados para a dor do bebé, sentindo-se assoberbados por todo o ambiente e situação (Skene et al., 2012), sendo fundamental o enfermeiro agir na defesa do RN junto do médico para que este perceba a necessidade de reduzir o seu sofrimento (OE, 2010^b) e não descure a dor e o desconforto nos cuidados que lhe são prestados. Neste sentido, e olhando ao defendido por Hockenberry e Wilson (2014), tenho mais em atenção a necessidade e capacidade de os pais ficarem junto do RN durante os cuidados, tendo um efeito não-farmacológico no alívio da sua dor através da voz, toque e contacto visual. Avalio a necessidade dos pais de ficarem junto ao RN, dando-lhes essa mesma escolha, tal como Boie et al. (1999) e Dingeman et al. (2007) defendem. Ao fazê-lo sinto que os pais são mais capazes de confiar em mim, partilhando os seus medos, ansiedades e necessidades, estando também a respeitar os direitos de quem cuida (UNICEF, 1989; IAC, 2008; Lei 106/2009).

Neste período tive oportunidade de interagir com muitos pais e desenvolver uma atitude de promoção do contacto pais/filho, o que facilitou a criação de uma relação de confiança na qual viram as suas necessidades físicas, psíquicas e emocionais respondidas, tal como Mundy (2010) e Heinemann et al. (2013) referem. Só facilitando a vinculação precoce pude promover, junto dos pais de quem cuidei, os seus papéis parentais, reconhecendo a importância do meu papel na comunicação com eles, mostrando e dando a conhecer o RN, como preconizam Hockenberry e Wilson (2014). Promovi as capacidades e competências dos pais para que conseguissem responder às necessidades do bebé, à defesa dos seus direitos e à promoção do seu desenvolvimento, tal como esperado pelo Council of Europe (2007). Na promoção destas competências foi fundamental dar-lhes informação que conseguissem processar e utilizar a seu favor, transformando-a e aprendendo com ela de forma a, tal como preconizado por Carvalho (2004) e Liu et al. (2009), exercerem um papel ativo no meio que os rodeia, exercendo o seu *Empowerment*.

Procurei a criação de uma relação de parceria com os pais, promovendo o seu *Empowerment*, tentando a sua inclusão nos cuidados ao RN e tomada de decisão, estruturando objetivos comuns, partilhando o poder e a informação e negociando com os pais, como preconizado por Hockenberry e Wilson (2014) e em <http://www.ipfcc.org>. Permiti-me apoiá-los em todo este processo, acreditando nas suas capacidades e competências e estando ao seu lado, como defendido por Swanson (1991, 1993, 1999).

Sendo um hospital Amigo dos Bebés a promoção da amamentação é fulcral no dia-a-dia dos cuidados, sendo um aspeto muito bem trabalhado na UCEN e que permite uma promoção da vinculação (Palácios & Rodrigo, 2007). Neste âmbito mantive a minha postura dando informação às mães e pais para que pudessem tomar decisões com base em conhecimentos válidos e exercer o seu poder e direitos na escolha de amamentar, ou não, o RN, tal como preconizam Malheiros (2009) e Pereira et al. (2011).

Ao longo deste período pude fazer uma reflexão profunda sobre os cuidados prestados ao RN, tendo promovido a inclusão dos pais nestes, avaliando primeiro a sua vontade e necessidade, como preconizam Hockenberry e Wilson (2014), procurando conhecer as suas necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento e adequando o plano de cuidados às especificidades dos pais e RN, como defendem Mundy (2010) e Hockenberry e Wilson (2014). Ao promover a vinculação, evidenciando junto dos pais as características específicas do RN, as suas respostas aos estímulos e a sua unicidade, procurei que os pais se sentissem responsáveis pelo bebé e pelos cuidados a este, como preconiza Gibson (1995).

Foi muito importante, para o desenvolvimento das minhas competências de comunicação, este período de estágio no meu próprio contexto, aplicando o conhecimento adquirido e adequando a informação às competências, capacidades e necessidade dos meus interlocutores, como referem Rouck e Leys (2009).

À medida que o RN melhora e se aproxima do dia da alta, existe uma crescente necessidade de informação relativa aos cuidados ao bebé no domicílio (Mundy, 2010). Ao realizar educação para a saúde foi fundamental perceber primeiro o que os pais já sabiam, quais as suas competências e capacidades, acreditando nelas, trabalhando-as e desenvolvendo-as, permitindo a promoção de uma parentalidade positiva, tal como preconizam Swanson (1993), Council of Europe (2007) e Lopes et al. (2010), e permitindo-lhes proteger e educar a criança, decidir em prol do seu bem-estar e proporcionar um ambiente promotor do seu desenvolvimento, como preconizam Palácios e Rodrigo (2007) e Council of Europe (2007).

Um dos aspetos trabalhados na UCEN foi também a disseminação de informação pela equipa, pelo que, após aplicar um questionário acerca do tema (Apêndice 9.3), realizei uma sessão de formação acerca do *Empowerment* dos pais (Apêndice 9.4). Das 13 enfermeiras que trabalham na UCEN, 83% (10) preencheram o questionário. As questões que mais justificaram a realização da sessão de formação para a

equipa foram destacadas. 50% das enfermeiras consideram não ser importante o apoio da família alargada aos pais no momento da admissão do bebé. Quando questionadas acerca de quais as necessidades dos pais no momento do internamento, 60% das enfermeiras considera a “informação” a resposta mais correta, descurando novamente a importância de apoio, aceitação e contacto precoce que Mundy (2010) e Hockenberry e Wilson (2014) preconizam em resposta a este questionário.

100% das enfermeiras não considera importante a presença dos pais nos procedimentos invasivos realizados ao RN, justificando assim a sua atitude de não os incluir nos mesmos. A presença dos pais junto do RN durante os cuidados é uma das suas maiores necessidades, tal como referido por AACN (2010) e ENA (2012). Quando esta questão foi discutida na sessão de formação a resposta dada pelas enfermeiras da UCEN foi semelhante ao que é referido no estudo de ENA (2012) - a presença dos pais interfere no processo de trabalho, aumenta o *stress* e ansiedade dos profissionais e pode tornar-se traumático para os pais. Neste sentido foi pertinente abordar as necessidades dos pais, mostrando que é importante dar a oportunidade de escolha de ficar, ou não, junto da criança, como referem Robinson et al. (1998, cit. por Dingeman et al., 2007) e Pruitt et al. (2008).

Associado à presença dos pais junto do RN foi ainda abordada a sua presença durante a noite, justificando-a com a Carta dos Direitos da Criança Internada (artº 2º, IAC, 2008), com a Convenção dos Direitos da Criança (artº 9º, UNICEF, 1989) e com a lei 106/2009, levando a que a equipa entendesse que não pode negar este direito aos pais. No entanto, sendo um contexto físico com grande necessidade de reabilitação, foi importante discutir a situação com o diretor clínico do serviço. Assim, e no sentido de respeitar a equidade e os direitos da pessoa, apenas os pais do RN em situação crítica ou em fim de vida poderão ficar, caso seja esse o seu desejo. É fundamental respeitar e oferecer as condições mínimas de conforto a todos os pais (Lei 106/2009) que fiquem junto do RN, as quais, não existindo, e não podendo ser oferecidas a TODOS, não deverão ser oferecidas a ninguém, tendo o cuidado de, no entanto, explicar toda a situação aos pais no momento da admissão.

Um outro ponto importante na análise dos questionários foi perceber que 40% das enfermeiras não considera importante a promoção de um pensamento crítico nos pais para a resolução dos problemas. Ao realizar educação para a saúde e ao partilhar informação pertinente, há promoção das competências parentais e aumento

da sua capacidade de gestão do processo de saúde/doença do bebé (AAP, 2005; Council of Europe, 2007; Hockenberry & Wilson, 2014). Esta promoção de competências pode não ser suficiente na medida em que, segundo Holmström e Röing (2009), no domicílio não existe qualquer rede de suporte, levando a que os pais se sintam “perdidos” e aumente a sua ansiedade, sendo fulcral promover o seu pensamento crítico, devolvendo-lhes as suas dúvidas e trabalhando-as com eles.

De forma a complementar a informação transmitida passada e a dar mecanismos de suporte e justificação da prática à equipa, elaborei ainda um *dossier* temático que compila artigos relacionados com a apresentação realizada (Apêndice 9.5).

Todo este processo permitiu sugerir a realização de reuniões em cada passagem de turno que tivessem o intuito de refletir e encontrar estratégias, na equipa de enfermagem, para responder às necessidades dos pais e à promoção do seu *Empowerment*. Neste sentido foi muito pertinente olhar à organização que a equipa é capaz de demonstrar, tendo uma ação e objetivos comuns e dando continuidade e complementaridade aos cuidados, como Lopes et al. (2010) dizem.

Uma outra sugestão dada e aceite pela equipa da UCEN e do puerpério foi a inclusão da UCEN na visita da grávida ao hospital. Segundo Dunn et al. (2006) e Gaucher e Payot (2011), um contacto precoce da grávida com a unidade de neonatologia promove uma redução do medo e da ansiedade, aumentando o controlo da situação no caso de o RN ser internado.

Assim, estagiar no meu contexto de trabalho permitiu-me desenvolver competências de EEESIP estando mais atenta aos pormenores da relação interpessoal com os pais do RN e à promoção do *Empowerment*. Fui capaz de sensibilizar a equipa para a promoção do *Empowerment* e, com a ajuda preciosa da enfermeira chefe, implementar medidas que são fundamentais para o sucesso deste processo.

4. DILEMAS ÉTICOS

Olhando ao descrito até aqui perceciono a dimensão ética envolvida em todo o processo de promoção do *Empowerment* dos pais. Foi fundamental perceber onde se inseriram os princípios éticos: respeito pela autonomia - dei aos pais a opção de escolha de ficarem, ou não, junto da criança em todos os cuidados que lhe prestei, participando no planeamento dos mesmos e tendo um papel ativo na tomada de decisão; princípio da beneficência – respondi às necessidades da criança e pais/família, objetivando o seu bem-estar, adaptação à situação e desenvolvimento de competências; princípio da não-maleficência – procurei prestar cuidados não-traumáticos objetivando não causar mal-estar psicológico, emocional ou psicológico, não causar dano no RN ou pais e evitei a separação da família; princípio da vulnerabilidade – vi a criança como um ser duplamente vulnerável, devendo ser protegida; princípio da justiça – na prestação de cuidados respeitei os direitos da criança/jovem e família, prestando cuidados equitativos e adequados às suas necessidades (UNICEF, 1989; Nunes et al., 2005; Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante o meu percurso formativo em contexto de estágio, para além de ter sempre em consideração os princípios éticos, regi-me pelos documentos orientadores da Enfermagem. Repensando, neste contexto, os cuidados em parceria com os pais e a sua participação nos mesmos, faz sentido perceber em que medida é considerada a delegação de cuidados. O REPE é explícito quando refere que o enfermeiro pode delegar tarefas apenas a quem é funcionalmente dependente de si, sendo-lhe imputada a responsabilidade e tendo sempre em consideração as necessidades do cliente (Nunes et al., 2005). No entanto, ao incluir os pais nos cuidados permiti-lhes, quando foi sua vontade, prestar cuidados ao RN, não podendo delegar nestes, mas passando-lhes gradualmente a responsabilidade pelos mesmos para que atingissem e desenvolvessem competências que os capacitassem para responder às necessidades do RN.

Ao cuidar da criança/jovem e família, criando parcerias que otimizassem a saúde e a promoção da parentalidade, como defende a OE (2010^b), foi segura a delegação de cuidados para os quais os pais/família tinham competência, avaliando sempre a sua vontade em participar nestes e permitindo que prestassem cuidados que prestariam no domicílio, resguardando os cuidados complexos e específicos para mim, tal como defendido por Antunes e Carvalho (2012).

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EEESIP

Um dos meus objetivos de estágio foi o desenvolvimento de competências de EEESIP, pelo que faz sentido, com base nas competências de EEESIP definidas pela OE, fazer uma análise crítica sobre o desenvolvimento das mesmas.

Competência E1 – “Assiste a criança/jovem e a família na maximização da sua saúde” (OE, 2010^b, p.3). O estágio que realizei foi muito direcionado para a temática dos CCF, procurando muito o contacto com a criança/jovem e pais/família. Procurei, em todos os contextos, incluir a família nos cuidados prestados, tentando criar uma relação de confiança e partilha que permitisse adequar os cuidados às necessidades, competências e recursos que esta possuía. Foi importante prestar cuidados em diferentes contextos de cuidados pois pude contactar com esta díade em diferentes contextos e em diferentes estádios de desenvolvimento e necessidades diferentes.

Na UCSP, através de atividades delineadas, como a realização da consulta de SI e da análise dos processos de articulação comunitário, pude desenvolver competências na avaliação da criança/jovem, realizando educação para a saúde adequada às suas necessidades, capacidades e recursos. Neste contexto pude perceber a organização dos recursos comunitários que realizam apoio à família e criança/jovem com necessidades especiais e com necessidade de IPI, reconhecendo-os e sendo capaz de responder às necessidades das famílias de quem cuida, encaminhando-as. Ao fazer o encaminhamento da criança/jovem e pais/família para os recursos comunitários, apoiei-os e trabalhei em articulação e equipa com outros profissionais de saúde. Só desta forma foi possível organizar respostas que se adequassem às necessidades da criança/jovem tendo ação a nível individual, familiar e social da sua vida.

Trabalhar em parceria com os pais, acreditando nas suas competências, conhecendo a sua realidade, adaptando a educação para a saúde e objetivando atingir o máximo potencial de saúde e desenvolvimento, tal como Swanson (1993, 1999) e a DGS (2013) preconizam, permite promover uma responsabilização pelo processo de saúde/doença da criança/jovem, preconizados pelo PNSIJ 2013 (DGS, 2013) e sensibilizá-los para situações de potencial risco da criança.

Competência E2 – “Cuida da criança/jovem e da família em situações de especial complexidade” (OE, 2010^b, p.4). A prestação de cuidados à criança/jovem e

pais/família em situação de especial complexidade foi uma das minhas prioridades para que pudesse desenvolver competências nesta área do cuidar. Prestar cuidados à criança/jovem na UUP deu-me oportunidade de encontrar diferentes patologias, necessidades e respostas num contexto não controlado e em tudo diferente do meu. Na UCIN, utilizando muitas das competências já adquiridas e desenvolvidas no meu contexto, pude desenvolver novas competências em cuidados intensivos que me permitem uma resposta mais completa na prestação de cuidados ao RN na UCEN.

Apesar de não ter vivido nenhuma situação de fim de vida senti que o processo de luto é vivido também pelos pais dos bebés prematuro. Swanson (1991, 1993, 1999) defende que é fundamental estar com os pais, apoiando-os e mostrando que estamos do seu lado. Isto é algo que procuro ter como prioridade na minha prática e que se mostrou muito importante nos cuidados aos pais/família do RN.

Existe uma necessidade real de avaliar e intervir adequadamente na dor no RN, tal como defendem Hockenberry e Wilson (2014). Esta é uma necessidade que identifiquei no meu contexto, e a qual consegui trabalhar nos serviços de pediatria e neonatologia onde estagiei, permitindo-me desenvolver competências neste âmbito. As medidas não-farmacológicas utilizadas vão muito ao encontro do tema em estudo durante o estágio, permitindo-me aumentar conhecimentos e pensar a minha prática neste âmbito. Tive oportunidade de vivenciar e aprender métodos de alívio e distração que se adequam à idade e etapa de desenvolvimento da criança/jovem cuidada, facilitando a minha ação junto dela.

Ao longo do estágio senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica, quer relacionada com o tema em estudo, quer relacionada com os cuidados prestados e as dificuldades identificadas. Só desta forma foi possível participar ativamente na tomada de decisão, justificando o meu ponto de vista e os cuidados prestados junto da EEESIP e junto dos pais/família das crianças a quem os prestei. A procura pelo conhecimento científico e o cimentar da tomada de decisão neste são dois aspetos fundamentais e exigidos pela OE no Código Deontológico do Enfermeiro para a qualidade dos cuidados (artigo 76º, alínea a) (Nunes et al., 2005).

Durante o estágio não tive oportunidade de interagir com crianças com doença oncológica ou rara. A interação com os pais/família da criança/jovem com doença crónica foi muito centrada nas crianças prematuras com sequelas decorrentes da prematuridade. O trabalho que realizei junto dos pais/família foi no sentido da promoção do seu *Empowerment*, no desenvolvimento de competências para os

cuidados a serem prestados ao RN/criança e para os encaminhamentos necessários.

No meu contexto, sempre que se justifica, é feito um encaminhamento da criança e pais/família para os recursos comunitários que deem resposta às necessidades de desenvolvimento da criança, existindo um contacto prévio com os CSP. A avaliação e encaminhamento são completados pela equipa de saúde comunitária que vai proporcionar uma resposta mais adequada.

Competência E3 – “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2010^b, p.5). Ao longo do estágio o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem foi uma das temáticas pesquisadas. O meu conhecimento aumentou consideravelmente neste âmbito, permitindo-me a prestação de cuidados adequados à etapa de desenvolvimento da criança/jovem com quem interagi, permitindo-me realizar avaliações do desenvolvimento e aplicar a SGS II de forma mais confiante, desenvolvendo competências na sua aplicação e interpretação.

As consultas de enfermagem e as avaliações do desenvolvimento que realizei foram sempre acompanhadas de explicações à criança/jovem e pais/família acerca do que se estava a passar, com o intuito de reduzir a sua ansiedade, tal como referem Rouck e Leys (2009) e Souza et al. (2010). Desta forma pude realizar educação para a saúde que se adequasse às competências e necessidades observadas nas crianças, e realizar ensinios aos pais acerca de estratégias para interagir, estimular e cuidar da criança/jovem de forma adequada. Promovi assim as competências parentais, dando-lhes mecanismos e conhecimentos para que proporcionem um crescimento e desenvolvimento adequados à criança/jovem, tal como defendido no PNSIJ 2013 (DGS, 2013).

O RN doente ou sem situação complexa de saúde foi um foco de grande interesse, maioritariamente por ser a este que presto cuidados no meu local de trabalho. A promoção da vinculação e da parentalidade foi algo que trabalhei neste percurso uma vez que, segundo Gibson (1995), sem vinculação não é possível promover o *Empowerment* dos pais. No âmbito do cuidado ao RN realizei atividades que me permitiram reconhecer e perceber como, numa UCIN, é possível promover o contacto físico precoce, também favorecido através da promoção da amamentação, intervenção que faz parte do meu dia-a-dia e que atua como uma mais-valia para a

promoção da vinculação, sendo fundamental para que os pais/família se consigam aperceber da realidade, como Gibson (1995) refere.

Ao longo do estágio pesquisei, observei e apliquei estratégias de negociação com os pais nos cuidados ao RN. O estágio na UCIN permitiu-me testemunhar e aprender como estabelecer uma relação de efetiva parceria com os pais/família do RN, transferindo essa aprendizagem para a minha prática diária. Consigo, hoje, pensar e promover a partilha do poder; partilhar conhecimentos; realizar educação para a saúde que responda às necessidades de aprendizagem dos pais; definir objetivos viáveis e comuns e promover a sua participação nos cuidados.

Enquanto pessoa introvertida, a comunicação sempre foi problemática para mim. Foi muito neste âmbito que procurei delinear objetivos e atividades para os contextos de estágio onde pude interagir com a criança/jovem e pais/família em diferentes etapas de desenvolvimento, treinando competências de comunicação. Desenvolver esta competência foi fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados que presto, sentindo agora mais à vontade e competência para iniciar uma relação de parceria, indo ao encontro das necessidades reais dos pais do RN e permitindo o estabelecimento de uma relação de confiança que promova as competências parentais, a sua auto-estima, confiança e responsabilidade pelo processo de saúde/doença da criança, como preconiza Pereira et al. (2011).

Estabelecer relações com os adolescentes exigiu muito trabalho junto destes. No contexto de internamento procurei garantir a sua privacidade, existindo sempre articulação com toda a equipa para garanti-la. Para conseguir chegar aos adolescentes procurei ter uma abordagem mais adulta, pedindo a sua autorização e preferência e incluindo-os na tomada de decisão. Trabalhar diretamente com adolescentes mostrou-me o quão importante é, para a sua participação e aceitação dos cuidados, inclui-los na tomada de decisão, responsabilizando-os pelo seu processo de saúde/doença, tal como preconizado no PNSIJ 2013 (DGS, 2013). Para que esta responsabilização tenha sucesso é fundamental que o adolescente tenha em sua posse todas as informações de que necessita para fazer as suas próprias escolhas, devendo ter autonomia suficiente para não se sentir influenciado pelos pares (Hockenberry & Wilson, 2014).

Desenvolvi, assim, muitas competências de EEESIP, sentindo e olhando o futuro como um caminho contínuo na busca pelo desenvolvimento, crescimento e melhoria dos cuidados que presto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo, faz sentido olhar aos principais contributos do estágio para dar resposta à problemática enunciada inicialmente. São várias as estratégias promotoras de *Empowerment* dos pais que podem ser introduzidas na UCEN e que foram observadas nos contextos onde realizei estágio.

Olhando às normas que guiam a prática de enfermagem nos contextos onde realizei estágio, verifica-se uma repetição na linguagem no que diz respeito à promoção da presença e inclusão dos pais nos cuidados à criança/jovem em todos eles, mostrando-se um ponto fundamental na promoção do *Empowerment*. Têm-se como termos comuns: **informar; ensinar/instruir; explicar; incluir; treinar; incentivar a presença; planear com; promover/incentivar o envolvimento ou participação; pedir a colaboração aos pais; incentivar a prestação de cuidados/ o toque; validar com os pais; responder às necessidades dos pais; promover a vinculação; escutar; requerer a presença.**

É perceptível a importância dada pelos enfermeiros à presença dos pais/família junto da criança/jovem e, como tal, à promoção da parentalidade e partilha de informação, tal como preconizado por Hockenberry e Wilson (2014). A educação para a saúde é fundamental no processo de cuidados, favorecendo o desenvolvimento de competências parentais, a capacidade de gestão da situação que estão a vivenciar com o internamento da criança/jovem e a aceitação da responsabilidade pelo seu processo de saúde/doença promovendo, desta forma, também o seu *Empowerment*, como referem AAP (2005), Council of Europe (2007) e Hockenberry e Wilson (2014). Preconiza-se dar também sempre opção aos pais para ficarem junto da criança/jovem nos cuidados prestados, percebendo sempre quais as suas necessidades, a sua vontade e capacidade para serem incluídos nos mesmos, atuando como benefício para a criança/jovem como referem Pruitt et al. (2008), Malheiros (2009), AACN (2010) e Fordham et al. (2011).

A partir das atividades realizadas em cada contexto consegui chegar então a diversas intervenções de enfermagem que se podem agrupar em 3 momentos críticos da prestação de cuidados:

Admissão: neste momento os pais/família vivenciam uma crise devido ao internamento da criança/jovem, sendo papel do enfermeiro desmistificar o ambiente e procurar iniciar uma relação de confiança e parceria com eles de forma a reduzir a

sua ansiedade e *stress*, como Malheiros (2009) e Santos et al. (2014) defendem. Tem-se como intervenções prioritárias: apresentar-se e o contexto; desmistificar o ambiente; explicar os direitos, deveres e as condições disponíveis; explicar a situação do RN; adequar a comunicação às competências e capacidades dos pais; procurar as necessidades dos pais; promover o contacto precoce. Internamento: neste intervalo de tempo é fundamental que os pais/família vejam uma promoção das suas competências e aceitem a responsabilidade pelos cuidados parentais à criança/jovem, sendo envolvidos nos mesmos, tal como Council of Europe (2007) e Hockenberry e Wilson (2014) defendem. Tem-se como intervenções principais: Informar os pais acerca dos cuidados / situação do RN; partilhar informação; incentivar a presença dos pais nos cuidados e procedimentos invasivos; dar opção de escolha aos pais; procurar as necessidades dos pais; adequar a comunicação às competências e capacidades dos pais; incluir a família na tomada de decisão; partilhar a responsabilidade dos cuidados; promover as forças da família; criar parcerias com os pais; promover a parentalidade; permitir o contacto com a equipa (telefone). Preparação para a alta: nesta fase, a qual deve ter início no momento mais precoce possível, os pais têm necessidade de receber informação acerca dos cuidados à criança/jovem no domicílio, havendo mobilização das forças e recursos da família e aceitação da responsabilidade parental, tal como referem Swanson (1999), Council of Europe (2007) e Hockenberry e Wilson (2014). Têm-se como principais intervenções: realizar educação para a saúde adequada às necessidades dos pais; promover o pensamento crítico; partilhar a responsabilidade nos cuidados; incluir a família na tomada de decisão; promover a autonomia dos pais; treinar as competências parentais.

Ao nível das competências de EEESIP muito foi trabalhado, houve um crescimento constante que me permitiu ser capaz de responder perante o preconizado pela OE (2010^b), mas sei que existe ainda um longo caminho a percorrer, visando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mantendo uma procura constante pelo conhecimento, desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional.

Mostra-se parte das minhas perspetivas futuras continuar a desenvolver o tema do *Empowerment* dos pais olhando às suas múltiplas dimensões. Pretendo elaborar um projeto a ser implementado na UCEN sobre a necessidade de acompanhamento dos pais, da criança prematura ou com doença crónica, após a alta da UCEN. Com

este projeto pretende-se realizar uma entrevista telefónica aos pais 2/3 dias após a alta do RN, tentando perceber as dificuldades sentidas pelos pais/família na adaptação ao domicílio. Será dada a opção aos pais de receberem uma visita domiciliária, caso seja essa a sua vontade, que tenderá a ser realizada concomitantemente com a Enfermeira de CSP que seguirá a família na comunidade. Cria-se um elo de ligação com a EEESIP de CSP, passando-lhe toda a informação pertinente para dar continuidade aos cuidados prestados durante o internamento e manter uma resposta adequada às necessidades desta criança e família.

Procura-se dar mais apoio aos pais e, ao mesmo tempo, criar uma ponte de cuidados entre a família e os CSP, os quais tendem a atuar como um recurso válido na comunidade para dar resposta às suas dúvidas e suporte nos cuidados à criança/jovem. Isto permitirá um aumento da satisfação dos pais, da sua confiança e auto-estima (Melnyk et al., 2006).

Assim, e olhando ao percurso realizado, foi um caminho com altos e baixos, e no qual tive oportunidade de ser orientada por excelentes profissionais e de me sentir acolhida pelas equipas com que contactei e de quem tive aceitação para aplicação do projeto de estágio. A disponibilidade de todos os profissionais foi fundamental para o sucesso do percurso e para o desenvolvimento de competências. No entanto também senti dificuldades, as quais se prenderam com a gestão de tempo. Foram, no entanto, ultrapassadas e utilizadas como motivação.

Na elaboração do relatório a maior facilidade sentida encontrada prende-se com a continuidade de trabalho que fiz ao longo do estágio. A única dificuldade sentida prende-se com a gestão do número de páginas permitidas para o trabalho.

Foram atingidos, desta forma, os objetivos propostos para o relatório, tendo sido realizada uma reflexão crítica que permitiu analisar os contributos recolhidos ao longo deste percurso, através da análise dos objetivos e atividades de estágio. Todo o percurso foi analisado tendo em conta a contribuição para a resolução da problemática em estudo, bem como o meu desenvolvimento enquanto futura EEESIP.

BIBLIOGRAFIA

- Alligood, M.R.(2014). *Nursing Theorists and their work*. 8ªed. Missouri: Elsevier Mosby;
- Alsop, R.; Bertelsen, M.; Holland, J. (2006). *Empowerment in Practice – from analysis to implementation*. Washington: World Bank;
- American Academy of Pediatrics (2005). *Your baby first year*. 2ª ed. New York: American Academy of Pediatrics;
- American Association of Critical Care Nurses (2010). Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures. Practice Alert;
- Andershed, B.; Olsson, K. (2009). Review of research related to Kristen Swanson's middle-range theory of caring. *Scand. J. Caring Sci.* 23, 598-610;
- Antunes, A.; Carvalho, J. (2012). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*. 25(2), 24-28;
- Baquero, R.V.A. (2012). Empoderamento: instrumento de emancipação social? Uma discussão conceitual. *Revista Debates*. 6, 173-187;
- Benito, F.J. (2006). Urgências de Pediatria: buscando uma atención más especializada. *Na Esp Pediatr*. 44, 312-316;
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. 2ª ed., Coimbra: Quarteto Editora.
- Borimnejad, L.; Mehrnoosh, N.; Fatemi, N.S; Haghani, H. (2013). Impacts of creating opportunities for parent *empowerment* on maternal stress: A quase-experimental study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 18(3), 218 – 221;
- Brazelton, T.B. (2007). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e o comportamento durante os primeiros anos*. 10ª ed. Lisboa: Editorial Presença;
- Carla Cunha, adaptado de Tavares, L.A. (2011). Declaração Universal dos Direitos do Bebê Prematuro. Rio de Janeiro;
- Carvalho, S.R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de promoção da saúde. *CSP*. Rio de Janeiro. 20(4): 1088 – 1095;
- Center for Disease Control and Prevention (2008). *Understanding Child Maltreatment Journal* – in: <http://www.cdc.gov/injury>, em 02/03/2014;
- Cleveland, L.M. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 37(6), 666-691;

- Conway, J.; Johnson, B.; Edgman – Levitan, S.; Schucter, J.; Ford, D.; Sodomka, P.; Simmons, L. (Coord) (2006). *A roadmap to the Future – a work in progress*. Bethesda: Institute for Family-Centered Care;
- Cooper, L.G.; Gooding, J.S.; Gallagher, J.; Sternesky, L.; Ledsy, R.; Berns, S.D. (2007). Impact of a Family-Centered Care initiative on NICU care, staff and families. *Journal of Perinatology*. 27, 32-37;
- Costa, M.C.G.; Arantes, M.Q.; Brito, M.D.C. (2010). A UTI Neonatal sob a ótica das mães. *Rev. Eletrônica de Enf.* 12: 698 – 704;
- Council of Europe (2007). *Parenting in Contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing. ISBN: 978-92-871-6135-2;
- Coyne, I.; Cowley, S. (2007) – Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud.* 44, 893 – 904;
- Coyne, I.; O’Neill, C.; Murphy, M.; Costello, T.; O’Shea, R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *J Adv Nurs.* 67(12), 2561 – 2573;
- Dingeman, R.; Mitchell, E.; Meyer, E.; Curley, M. (2007). Parent Presence During Complex Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation: A systematic Review of the Literature. *Pediatrics.* 120, 842-854;
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013*. Lisboa: Direção Geral da Saúde;
- Dunn, M.; Reilley, M.; Johnston, A.; Hoopes, R.; Abraham, M. (2006). Development and Dissemination of Potentially Better Practices for the Provision of Family-Centered Care in Neonatology: The Family-Centered Care Map. *Pediatrics.* 118, 95-107;
- Emergency Nurses Association (Org) (2012). Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation. ENA;
- Faquinello, P.; Higanashi, I.H.; Marcon, S.S. (2007). O atendimento humanizado em Unidade Pediátrica: Percepção do Acompanhante da Criança Hospitalizada. *Texto Contexto Enfermagem.* 16(4), 609-616;
- Fernandes, I.A. (2010). Protocolos no Serviço de Urgência. *ursing.* 31-34;
- Fordham, L.; Gibson, F.; Bowes, J. (2011). Information and professional support: Key factors in the provision of family-centered early childhood intervention services. *Child care health dev.* 38(5), 647-653;

- Gaucher, N.; Payot, A. (2011). From Powerless to *empowerment*: Mothers expect more than information from the prenatal consultation for preterm labour. *Paediatrics & Child Health*. 16(10), 638-642;
- Gibson, C.H. (1995). The process of *empowerment* in 16 mothers of chronically ill children. *J. Adv. Nurs*. 21:1201 – 1210;
- Gonya, J.; Martin, E.; McClead, R.; Nelin, L.; Shepherd, E. (2014). *Empowerment* programme for parents of extremely premature infants significantly reduced length of stay and readmission rates. *Acta Paediatrica*. 103, 727-731;
- Heinemann, A.; Hellström-Westas, L.; Nyqvist, K.H. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatrica: Nurturing the Child*. 102, 695-702;
- Hockenberry, M. J.; Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª ed. Volume I. Loures: Lusociência.
- Holmström, I.; Röing, M. (2009). The relation between patient- centeredness and patient *empowerment*: a discussion on concepts. *Patient Educ Couns*. 79, 167-172;
- <http://www.ipfcc.org/> - Acedido em 08/10/2013 às 21h30.
- Instituto de Apoio à Criança (Org) (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Ed. Lisboa: Grupo Medinfar;
- Jolley, J.; Shields, L. (2009). The Evolution of Family Centered Care. *J Pediat Nurs*. 24(2), 164-170;
- Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Lei 106/2009 de 14 de Setembro (2009). Acompanhamento familiar em Internamento hospitalar. Diário da República série I, nº178, 6254-6255;
- Liu, C.; Chao, Y.; Huang, C.; Wei, F.; Chien, L. (2009). Effectiveness of applying *empowerment* strategies when establishing a support group for parents of preterm infants. *J Clin Nurs*. 19, 1729 – 1737;
- Lopes, M.S.O.C.; Catarino, H.; Dixe, M.A. (2010). Parentalidade positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência*. 3(1), 109-118;
- Lopes, R. (2008). *Promoção da Saúde na Perspetiva da Teoria Educacional Crítica*. (Tese de doutoramento) Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica;
- Malheiros, J.V. (2009). O *Empowerment* dos doentes. In: L. Campos; M. Borges; R. Portugal. *Governança dos Hospitais* (267-287). Alfragide: Casa das Letras;

- Matos, T.A.; et al. (2010). Contato pele-a-pele precoce mãe-filho: significado para as mães e contribuições da Enfermagem. *Rev Bras de Enf.* 63:6;
- Melnyk, B.M. (2004). Creating Opportunities for Parent *Empowerment*: Program Effects on the Mental Health/Coping Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Mothers. *Pediatrics.* 113(6), e597–e607;
- Melnyk, B.M.; et al. (2006). Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parent's Mental Health Outcomes with the COPE Neonatal Intensive Care Unit Program: A randomized, Controlled Trial. *Pediatrics.* 118(5), e1414 – e1427;
- Mendes, M.G; Martins, M.M (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência.* 6, 113-121;
- Mundy, C. (2010). Assessment of Family Needs in Neonatal Intensive Care Units. *Am J Crit Care.* 19, 156 – 163;
- Neves, E.T.; Cabral, I.E. (2008). Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto Contexto Enfermagem.* 17, 552-560;
- Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. (Coord) (2005) – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- OE (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (a);
- OE (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (b);
- OE (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.* Ordem dos Enfermeiros, Lisboa;
- Oman, K.S; Duran, C.R.; Denver, A. (2010). Health care providers' evaluations of family presence during resuscitation. *J Emerg Nurs.* 36(6), 524-533;
- Palácios, J.; Rodrigo, M.J. (2007). *Família e desarrollo humano.* 9ª ed. Madrid: Alianza Editorial;

- Parecer nº04/2010 – Assunto: Escala de Avaliação das Competências de Desenvolvimento Infantil dos 0-5 anos SGSII: Existência de validação para a população portuguesa e valor para o fim a que se destina. OE, 2010 (c);
- Parke, R.D.; Buriel, E. (2006). Socialization in the family: ethnic and ecological perspectives. In: W. Damon; R.M. Lerner; N. Eisenberg. (Eds). *Handbook of child psychology*. (pp. 463-552) 6ª ed. Vol. 3. New York: Wiley;
- Pecnik, N. (2007). Towards a vision of parenting in the best interests of the Child. In Council of Europe. *Parenting in contemporary Europe: a positive approach* (pp16-36). Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.
- Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M.; Fernandes, O. (2011). *Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados*. *Nursing*. 12(14), 1-7;
- Pruitt, M.; Johnson, A.; Elliott, C.; Polley, K. (2008). Parental Presence During Pediatric Invasive Procedures. *JPEDHC*. 22(2), 120-127;
- Reis, M.D.; Rempel, G.R.; Scott, S.D.; Brady-Fryer, B.A.; Aerde, J.V. (2010). Developing Nurse-Parent Relationships in the NICU Through Negotiated Partnership. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 39, 675 – 683;
- Rosa, E. (2009). *A aprendizagem ao longo da vida e a Educação Parental como fator de Empowerment e estratégia de luta contra a exclusão social*. (Tese de Mestrado). Disponível no Repositório UL;
- Rouck, S.; Leys, M. (2009) – Information needs of parents of children admitted to a NICU. A review of the literature (1990 – 2008). *Patient Educ Couns*. 76, 159 – 173;
- Santos, N.D.; Thiengo, M.A.; Moraes, J.R.M.M.; Pacheco, S.T.A.; Silva, L.F. (2014). O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. *Rev de Enf UERJ*. 22(1): 65-70;
- Silva, M.A.S.; et al (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paulista de Enfermagem*. 23(3), 359-365;
- Silva, P.A; Esteves, M.L; Castro, F.V. (2013). Vinculação mãe-bebé. *INFAD Rev. de Psic*. 1(2): 729 – 736;
- Skene, C.; Franck, L.; Curtis, P., Gerrish, K. (2012). Parental Involvement in Neonatal Comfort Care. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs*. 41(6), 786-797.

- Smith, L.; Coleman, V.; Bradshaw, M. (2006). Family-Centered Care: Using the practice Continuum Tool. In: A. Glasper; J. Richardson. *A Textbook of Children and Young People's Nursing*. Churchill Livingstone: Elsevier.
- Souza, L.N.; Pinheiro-Fernandes, A.C.; Clara-Costa, I.C.; Cruz-Enderes, B.; Carvalho, J.B.L.; Silva, M.L.C. (2010). Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev. Salud Pública*. 12, 356-357;
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nurs. Res.* 40; 161-166;
- Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *J Nurs Scholar*. 25(4), 352-357;
- Swanson, K. (1999). What is Know About Caring in Nursing Science: a literary meta-analysis. In: A. Hinshaw; S. Feetham; J.L.F. Shaver. *Handbook of Clinical Nursing Research*, (p. 31-60). California: Sage Publications;
- UNICEF (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. NY: ONU. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf;
- Wojnar, D.M. (2014). Theory of Caring. In: M.R. Alligood. *Nursing Theorists and their work*. (688-700). 8ªed., Missouri: Elsevier Mosby.
- www.cegoc.pt – em 20.Dezembro.2014 às 15h;
- www.cnpcjr.pt – em 22.Janeiro.2015 às 12h;
- www.family-centeredcare.org – em 13 de Novembro de 2013 ;
- Xavier, D.M.; Gomes, G.C.; Santos, S.S.; Lunardi, V.L.;Pintanel, A.C.; Erdmann, A.L.(2014). A família na Unidade de Pediatria: convivendo com normas e rotinas hospitalares. *Revi. Bras Enferm.*. 67(2), 181-6;
- Zenz, A. (2000). Evaluation *Empowerment*. The world vision area development programme. Washington: World Bank. In: www.devnet.org.nz- 16/07/2014 às 18h.

APÊNDICES

1. Auto-diagnóstico de competências

Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Competência E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo: Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s do seu exercício profissional	Nível de competência percecionado
<p>E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Há necessidade de incluir mais a família na tomada de decisão nos cuidados à criança; - Apesar de haver uma adequação à cultura da criança e família, não são aplicadas técnicas adequadas ao estadio de desenvolvimento da criança por não ter experiência para além da neonatologia; - Facilito a aprendizagem e desenvolvimento de competências parentais durante o internamento da criança, adequando os cuidados às características da criança; - Realizada promoção da saúde e ensinosa a famílias de crianças que saem da neonatologia com patologia crónica; - Realizam-se, semanalmente na UCEN, sessões de Educação para a Saúde com diversos temas, onde toda a equipa participa; - Existe pouca parceria entre os recursos hospitalares e os recursos da comunidade, havendo apenas contacto por carta (ou telefone caso se justifique) com o Centro de Saúde quando o bebé tem alta; 	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ x 4 _____</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ x 4 _____</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ x 3 _____ 4 _____</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ x 3 _____ 4 _____</p> <p>Observações: - Uma das competências que me proponho desenvolver no estágio para melhorar a minha prática;</p>

<p>E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.</p> <p>E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Posso conhecimentos sobre as doenças mais incidentes no recém-nascido, não possuindo qualquer experiência em pediatria; - O bebé que sai da neonatologia com necessidades especiais é encaminhado para o profissional que o deverá acompanhar; - Em neonatologia são identificados e sinalizados todos os casos em que haja possível risco para o bebé; - É realizada uma avaliação dos conhecimentos existentes na família acerca da saúde e da sua manutenção; - A segurança é um tema primordial abordado diariamente em neonatologia. 	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 <u>x</u> 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 <u>x</u> 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 <u>x</u> 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 <u>x</u> 3 _____ 4</p> <p>Observações: - Competência que me proponho desenvolver no estágio para melhorar a minha prática, justificando-se maioritariamente pela falta de experiência em qualquer outra área da pediatria para além da neonatologia.</p>
--	---	--

Competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo - Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s do seu exercício profissional	Nível de competência percebido
<p>E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Em neonatologia sou capaz de dar resposta célere em situação de instabilidade, sendo capaz de as identificar, no entanto há necessidade de estender isto a outras áreas da pediatria; - Não há qualquer experiência prática de suporte avançado de vida pediátrico, apenas neonatal; - Não houve, até à data, qualquer experiência com a morte em pediatria. 	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 <u>x</u> 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 <u>x</u> 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 <u>x</u> 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 <u>x</u> 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações: - Competência que me proponho desenvolver no estágio para melhorar a minha prática, justificando-se maioritariamente pela falta de experiência em qualquer outra área da pediatria para além da neonatologia.</p>
<p>E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem.</p> <p>E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.</p> <p>E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O conforto e o ambiente calmo são exigências que a equipa faz a si própria para proporcionar ao bebé de que cuida; - Existe pouca atenção dada à dor do bebé na unidade, verificando-se uma crescente preocupação com este tema; - Sendo a permanência dos pais um dos mecanismos referidos na bibliografia como medida não farmacológica do alívio da dor, esta é descurada na UCEN, e os pais são convidados a sair sempre que há um procedimento 	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 <u>x</u> 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 <u>x</u> 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 <u>x</u> 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p>

	mais invasivo ou doloroso.	<p>1 _____ 2 _____ x 3 _____ 4</p> <p>Observações: - Competência que me proponho desenvolver no estágio para melhorar a minha prática.</p>
<p>E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.</p>	<p>- As doenças raras que surgem em crianças internadas na UCEN são conhecidas, e são realizados ensinamentos aos pais acerca dos cuidados que o bebê necessita, adequando-se à exigência destas patologias; - Há pouco trabalho no encaminhamento para recursos comunitários.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ x 4 _____</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ x 3 _____ 4 _____</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ x 3 _____ 4 _____</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ x 3 _____ 4 _____</p> <p>Observações: - Apesar de ser uma competência que necessita de desenvolvimento, não é uma competência que tenha muita ligação ao projeto desenvolvido, no entanto, é algo que me proponho trabalhar em contexto de estágio.</p>
<p>E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na</p>	<p>- Para prestar cuidados é fundamental ter conhecimento das tomadas de posição da Ordem, as quais são divulgadas pela equipa; - Existe uma pesquisa acerca da evolução de cuidados ao nível da neonatologia, procurando dar uma resposta o mais adequada possível à criança e família, e a</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ x 4 _____</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ x 4 _____</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica</p>

<p>prática de enfermagem.</p> <p>E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem.</p> <p>E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar</p>	<p>desenvolver competências pessoais para os cuidados;</p> <p>- Existe, no entanto, pouco conhecimento para além da área da neonatologia.</p>	<p>1 _____ 2 _____ x 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1 _____ 2 _____ x 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p> <p>- Competência que me proponho desenvolver no estágio para melhorar a minha prática, justificando-se maioritariamente pela falta de experiência em qualquer outra área da pediatria para além da neonatologia.</p>
<p>E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.</p> <p>E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adopção de estratégias de coping e de adaptação.</p> <p>E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p> <p>E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário.</p> <p>E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.</p> <p>E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.</p>	<p>- Quando é diagnosticada uma incapacidade à criança, são realizados ensinamentos e dada informação antecipatória de forma a que a criança receba os cuidados que necessita e veja as suas necessidades respondidas;</p> <p>- A equipa é trabalhada no sentido de procurar formas de se adaptar e responder às exigências que vai ter, havendo encaminhamento da mesma para profissionais diferenciados;</p> <p>- Na UCEN existe um programa que pretende promover a esperança nos pais dos bebés, o qual prevê um registo do que de positivo acontece com o bebé, no entanto este projeto é esquecido durante os cuidados.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 _____ x 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 _____ x 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica</p> <p>1 _____ 2 _____ 3 _____ x 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)</p> <p>1 _____ 2 _____ x 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p> <p>- Competência que me proponho desenvolver no estágio para melhorar a minha prática.</p>

E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo - Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s do seu exercício profissional	Nível de competência percecionado
<p>E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto -juvenil.</p>	<p>- Diariamente são realizados ensinamentos relativos ao desenvolvimento do bebé, de forma a dar informação antecipatória relativa às alterações que se vão fazer sentir e pelas quais o bebé vai passar; - O RN é avaliado diariamente, no banho ou em qualquer outra interação, e as suas especificidades são relatadas e enunciadas aos pais.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 <u>x</u> 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 <u>x</u> 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 <u>x</u> 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 <u>x</u> 4</p> <p>Observações:</p>
<p>E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5 — Promove a amamentação. E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.</p>	<p>- Torna-se difícil avaliar o desenvolvimento da parentalidade na medida em que, muitas vezes, não é dado espaço e liberdade suficiente aos pais para cuidarem autonomamente e decidirem sozinhos acerca do seu bebé; - A interação entre o bebé e os pais é privilegiada no momento do banho, quando o RN está mais desperto; - O método canguru é utilizado sempre que os pais mostram vontade, é benéfico para o RN; - Trabalhando numa instituição amiga dos Bebés, a amamentação é sempre promovida, à exceção de situações específicas ou quando a mãe não quer amamentar; - Não existe muita negociação acerca do envolvimento</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 <u>x</u> 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 <u>x</u> 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 <u>x</u> 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 <u>x</u> 3 _____ 4</p> <p>Observações: - Competência que me proponho</p>

	<p>dos pais nos cuidados ao RN, sendo quase sempre a enfermeira quem decide o que os pais fazem.</p>	<p>desenvolver no estágio para melhorar a minha prática, estando muito no âmbito do projeto.</p>
<p>E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>	<p>- Apesar de me conseguir relacionar com as famílias de quem cuido, sinto uma grande necessidade de desenvolver esta competência; - As crenças da família tendem a ser respeitadas e ouvidas; - Adapto a minha comunicação ao bebé, no entanto não tenho experiência de comunicação, em situação de saúde-doença, com crianças de outras idades.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_x_4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_x_3_____4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_x_3_____4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_x_3_____4</p> <p>Observações: - Competência que me proponho desenvolver no estágio para melhorar a minha prática, justificando-se maioritariamente por uma dificuldade pessoal.</p>

<p>E3.4 — Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.</p> <p>E3.4.1— Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente</p>	<p>- Realizado num contexto não-formal e não profissional, mas o qual me permite o desenvolvimento de competências neste nível.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_x_4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_x_4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_x_3_____4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_x_3_____4</p> <p>Observações: - Competência que me proponho desenvolver no estágio para melhorar a minha prática e a minha atuação nos cuidados em Pediatria.</p>
---	---	---

Estudante: Filipa Alexandra Marques Frade

2. Cronograma de Estágio

Ano	2014													2015													
Mês	Set	Out				Nov				Dez					Jan				Fev				Mar				
Dia	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	18		5	12	19	26	2	9	16	23	2				
	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	17		2	9	16	23	30	6	13	20	27	6				
Contexto	Serviço de Pediatria				Unidade de Urgência Pediátrica				Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais					Férias de Natal		Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados				Contexto de Trabalho – UCEN -				Elaboração e entrega do Relatório de Estágio			

3. Razão da escolha do Serviço de Pediatria

Razão da escolha do Serviço de Pediatria

Na escolha do serviço de pediatria, para realização do primeiro estágio do 5º CMEAESIP tive em consideração um contexto em que encontrasse uma prática de excelência nos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem e família, logo, na prestação de CCF e na promoção do Empowerment dos pais.

Por prestar cuidados à criança/jovem entre os 0 e os 18 anos e à sua família este serviço oferece oportunidades para desenvolver competências de EEESIP referidas pela OE. Segundo esta, o EEESIP deverá encarar, na sua prática, a criança/jovem e família como o foco dos seus cuidados, sendo este binómio indissociável (OE, 2010^b). A este profissional é exigida uma intervenção junto da criança/jovem desde o nascimento até aos 18 anos em qualquer contexto que esta se encontre e necessite de cuidados (OE, 2010^b). Para além de responder a exigências da OE, responde pois às minhas próprias necessidades de desenvolvimento enumeradas no auto-diagnóstico de competência (Apêndice a).

Por ser um internamento de pediatria tenho acesso a uma realidade nunca antes vivenciada (realidade social diferente, patologias diferentes, abordagens diferentes, práticas diferentes, idades diferentes), o que permite um aumento de conhecimentos na área da pediatria. Neste âmbito é definido pela OE (2010^b) que o EEESIP seja capaz de prestar cuidados à criança/jovem e família que promovam a maximização da sua saúde, que seja capaz de lhe prestar cuidados complexos e ainda de dar resposta às suas necessidades ao longo das diversas etapas de desenvolvimento.

Neste contexto a família é considerada como indissociável da criança/jovem, sendo promovida uma confiança efetiva, havendo respeito e promoção das forças da família, incluindo-a nos cuidados e tomada de decisão. Isto encontra-se em concordância com a filosofia dos CCF, a qual, por sua vez, apresenta como conceitos básicos a Capacitação e o Empowerment dos pais (Hockenberry & Wilson, 2014). Estes são respeitados e trabalhados neste contexto, permitindo-me desenvolver competências nesta mesma área de cuidados. A partir da observação da relação e interação dos enfermeiros com a criança/jovem e família será possível observar as intervenções promotoras de Empowerment.

Ao prestar cuidados também aos pais e família da criança/jovem em internamento no serviço, estes profissionais são promotores de uma crescente responsabilidade parental, partilha de informação e promoção do bem-estar, acreditando na capacidade dos pais/família e adaptando o cuidado à sua realidade dando-lhes apoio, tal como defendido por Swanson na Teoria do Cuidar de Médio Alcance delineada por si (1999, citada por Wojnar, 2014). Desta forma há promoção do Empowerment dos pais através da promoção da sua autonomia nos cuidados à criança/jovem, bem como na promoção da sua responsabilidade parental (Pereira, Fernandes, Tavares, Fernandes, 2011).

Sendo um contexto em tudo diferente do meu contexto de trabalho, dá-me a possibilidade de contactar com uma cultura institucional diferente daquela que conheço, permitindo-me conhecer uma maneira diferente de olhar a criança/jovem e família, bem como os seus direitos. Isto permite ter um olhar mais amplo e menos rígido na prática de cuidados enquanto estudante e enquanto profissional, desenvolvendo uma visão e atitude mais flexível, disponível e ampla. Isto responde pois ao definido pela OE (2010^a) como competências comuns do EE, sendo que a este profissional é exigida responsabilidade ética e legal bem como uma “gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2010^a, pp. 3), promovendo sempre a qualidade nos cuidados, de forma dinamizadora (OE, 2010^a), sendo o conhecimento de outras realidades uma mais-valia.

No geral, é uma realidade que dá resposta às necessidades que emergiram do projeto elaborado permitindo colmatar lacunas que vivencio diariamente nos cuidados, sendo um contributo fundamental para o trabalho final e para o aumento da qualidade nos cuidados que presto na minha prática.

3.1 Objetivos / atividades para o serviço de Pediatria

Objetivos gerais	Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Resultado esperado
Desenvolver competências de EEESIP.	-----	- Elaboração de uma reflexão crítica no final do período de estágio no Serviço de Pediatria.	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em Pediatria.	- Permite avaliar o nível de desenvolvimento das competências de EEESIP, bem como avaliar a minha postura e aplicação do projeto de estágio, com uma análise crítica e reflexiva.
	Prestar cuidados de enfermagem à criança e jovem durante o internamento de pediatria (neste serviço).	- Prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família: - Realização do acolhimento à criança/jovem e pais/família; - Gestão do Plano terapêutico e de cuidados da criança/jovem; - Realização de ensinamentos antecipatórios à criança/jovem	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em Pediatria.	- Permite um desenvolvimento de competências exigidas ao EEESIP

		<p>e pais/família;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passagem de informação aos pais/família acerca do estado clínico da criança/jovem. 		
		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de leitura e pesquisa bibliográfica adequada ao longo do período de estágio na Pediatria. 	<ul style="list-style-type: none"> - PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em Pediatria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite dar uma resposta às necessidades do RN/criança/jovem e família com base científica.
	<p>Desenvolver técnicas de comunicação adequadas à criança/jovem e família de acordo com a sua etapa de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da interação dos enfermeiros com a criança/jovem e adolescente e pais, realizando 3 registos de observação. 	<p>-----</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permite perceber mecanismos de interação e comunicação para os quais os profissionais não estão atentos.

	desenvolvimento.	- Realização de 3 registos de interação entre a aluna e os pais da criança/jovem e adolescente.	-----	- Permite uma análise da minha postura na interação com os pais, tendo um olhar mais dirigido.
		- Realização de pesquisa e leitura de bibliografia adequada.	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em Pediatria.	- Permite dar uma resposta às necessidades da criança/jovem adolescente e família com base científica.
	Desenvolver competências na promoção da parentalidade positiva.	- Evidencia, junto dos pais do RN/criança/jovem, das suas características individuais.	-----	- Permite que os pais se identifiquem com o RN/criança/jovem e comecem a reconhecê-lo e a ver as suas potencialidades.

		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de ensinios antecipatórios acerca do desenvolvimento do RN/criança/jovem, adequadas às necessidades de aprendizagem dos pais. 	<ul style="list-style-type: none"> - PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em Pediatria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite despertar os pais para as potencialidades e capacidades do RN/criança/jovem, dando-lhes competências para a promoção do desenvolvimento.
		<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da amamentação através de ensinios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artigos científicos no âmbito da promoção da amamentação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite dar aos pais informação e apoio necessário para decidirem acerca da amamentação.
Desenvolver competências de EEESIP na promoção do empowerment dos	Identificar intervenções e estratégias de enfermagem do promotoras do	<ul style="list-style-type: none"> - Observação de 2 acolhimentos à criança/jovem e família na primeira semana. 	-----	<ul style="list-style-type: none"> - Permite perceber os princípios do acolhimento feitos à criança/jovem e família no serviço de pediatria.

<p>país para a prestação de cuidados ao RN/criança/jovem.</p>	<p>Empowerment dos pais durante os cuidados à criança/jovem no serviço de internamento de pediatria.</p>	<p>- Realização do acolhimento, intervindo no âmbito da promoção do empowerment dos pais, a 1 família e criança/jovem por semana de estágio.</p>	<p>- Leitura de bibliografia científica referente à promoção do empowerment; . Leitura das normas da prática de enfermagem.</p>	<p>- Permite iniciar/construir uma relação de confiança, com a criança/jovem e família, facilitando a promoção do empowerment. Permite treinar técnicas de comunicação com a criança/jovem e família.</p>
		<p>- Observação da prática diária e a relação dos enfermeiros com a família e criança/jovem.</p>	<p>-----</p>	<p>- Permite identificar intervenções promotoras do empowerment dos pais.</p>

		<p>- Elaboração de 3 registos de observação de interação, entre os enfermeiros e os pais da criança/jovem, com o objetivo de promover o empowerment dos pais.</p>	<p>-----</p>	<p>- Dirige a observação às intervenções e estratégias de enfermagem utilizadas pelos enfermeiros de pediatria para a promoção do empowerment.</p>
		<p>- Consulta de documentos que possibilitem entender de que modo os direitos da criança e a promoção do empowerment dos pais são postos em prática.</p>	<p>- Guia de acolhimento oferecido aos pais no momento do internamento; - Normas da prática de enfermagem.</p>	<p>- Permite identificar intervenções promotoras dos direitos da criança e da promoção do empowerment dos pais.</p>

		<p>- Elaboração de 3 registos de interação entre a estudante e os pais da criança/jovem, que tenham como objetivo a promoção do empowerment dos pais, durante o estágio no serviço de pediatria – 1 por semana.</p>	<p>-----</p>	<p>- Permite uma reflexão e avaliação da prestação individual.</p>
		<p>- Análise dos registos de observação e interação elaborados, com a EEESIP orientadora, extraindo os pontos fulcrais das interações que tendem a promover o empowerment dos pais.</p>	<p>-----</p>	

		<ul style="list-style-type: none">- Troca de experiências com os pares durante o decorrer dos turnos no serviço de pediatria ou nas passagens de turno.	-----	<ul style="list-style-type: none">- Permite aceder a diferentes pontos de vista e entender diferentes abordagens aos pais da criança/jovem no internamento de pediatria;- Permite uma troca de conhecimentos.
--	--	---	-------	--

		<p>- Execução de intervenções de enfermagem que sejam promotoras da autonomia e aumento da responsabilidade parental a partir da segunda semana de estágio no serviço de pediatria – passagem de informação à família, colheita de informação junto da família acerca da criança/jovem, promoção da saúde junto da família dando-lhe ferramentas para cuidar da criança/jovem de forma autónoma; partilha de responsabilidade com a família nos cuidados à criança/jovem.</p>	<p>- Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos relativos à promoção do empowerment dos pais.</p>	<p>- Permite uma prestação de cuidados com base em conhecimento científico e que sejam dirigidos à promoção do empowerment dos pais da criança/jovem internada.</p>
--	--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none">- Realização de pesquisa e leitura bibliográfica adequada ao longo do período de estágio no serviço de pediatria.	<ul style="list-style-type: none">- Hockenberry e Wilson, 2014;- Artigos científicos relativos à promoção do empowerment dos pais.	<ul style="list-style-type: none">- Permite prestar cuidados e realizar intervenções junto da criança/jovem e família e junto dos pares, com base em conhecimento científico e atual.
--	--	---	---	---

3.2. Escala de avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada e avaliação do desenvolvimento

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

A Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, tendo a sua aplicação preconizada pelo PNSIJ 2013, permite avaliar o desenvolvimento da criança olhando aos parâmetros normais de desenvolvimento para cada estadio de desenvolvimento, atendendo a que cada uma tem o seu próprio ritmo (DGS, 2013).

A EADMSM é dividida em quatro itens globais – **Postura e Motricidade Global, Visão e Motricidade Fina, Audição e Linguagem e Comportamento e Adaptação Social**. É composta pelas seguintes idades: 4-6 semanas, 3 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses, 2 anos, 3 anos, 4 anos e 5 anos. O cruzamento de cada item com cada idade contempla pontos de avaliação, baseados nas competências que devem estar presentes em cada idade avaliada. A avaliação é feita através da observação da criança, da sua interação com os pais/família/pessoa significativa e com base nos aspetos e dados que estes referem ao profissional de saúde (DGS, 2013). Para avaliar a criança de 10 anos, não havendo nenhuma escala preconizada pelo PNSIJ, segui o plano de consulta de vigilância para esta idade. Assim, utilizei o quadro de parâmetros a avaliar dos 0 aos 18 anos definidos pelo PNSIJ (DGS, 2013).

S. 3 Meses

Criança de 3 meses, incluída numa família alargada (etnia cigana), segundo filho do casal. Em constante interação com crianças mais velhas. Muito estimulado no dia-a-dia. Foram observadas as competências esperadas para a idade avaliada.

Postura e Motricidade Global: Em decúbito ventral o bebé é capaz de levantar a cabeça e membros inferiores, e existe simetria e ritmo de movimentos quando é colocado em decúbito dorsal. Quando se coloca o bebé de pé este faz flexão dos membros inferiores.

Visão e Motricidade Fina: A criança é capaz de seguir a bola e a roca com movimentos de olhos e cabeça coordenados. Segura e move a roca, levando a mesma até junto da cara. Ainda apresenta uma convergência ocular e pestaneja em forma de defesa.

Audição e Linguagem: Muito reativo aos sons é capaz de os seguir, virando a cabeça na direção dos mesmos. Emite sons guturais em interação com terceiros.

Comportamento e Adaptação Social: Quando em interação com a mãe sorri e interage emitindo sons guturais.

Sinais de Alarme: Na avaliação realizada ao S. não existiram quaisquer sinais de alarme verificados. Está com desenvolvimento adequado ao estadió de desenvolvimento em que se encontra.

S. 19 meses

Criança de 19 meses, com diagnóstico de surdez profunda pré lingual proposta para cirurgia eletiva de colocação de implante coclear OE. A S. é a primeira filha do casal, sendo muito protegida pela mãe devido ao déficit auditivo que apresenta. Os pais comunicam com a S. por gestos, limitam-na muito à sua presença.

Postura e Motricidade Global: A S. anda sem dificuldade, corre para os pais e mantém facilmente o equilíbrio. É capaz de apanhar brinquedos do chão. A mãe, perante o déficit auditivo da criança, reduz os obstáculos.

Visão e Motricidade Fina: A criança mostra interesse em cores fortes e bonecos. Quando oferecido um livro é capaz de virar as páginas, várias ao mesmo tempo. Pega na caneta com a mão direita e desenha rabiscos aleatórios. Empilha facilmente objetos e é atraída pelas cores.

Audição e Linguagem: Não fala, emite sons quando feliz ou assustada e para chamar a atenção. Não ouve, pelo que a mãe comunica com ela apontando para os objetos e por sinais. A criança é capaz de apontar para o que quer.

Comportamento e Adaptação Social: é capaz de beber do copo, da caneca ou do biberão sozinha, querendo alimentar-se sozinha. Está muito ligada à mãe, quando em interação com estranhos mostra vergonha e refugia-se no colo da mãe. No domicílio a mãe refere que a S. a quer imitar, pelo que tem “uma cozinha só dela!”. Ainda utiliza fralda, no entanto refere à mãe quando elimina.

D. – 2 anos

Criança de 2 anos, inserida numa família constituída por mãe e dois irmãos mais velhos (11 e 14 anos), pelo que é muito estimulado por estes. Anda no infantário onde também desenvolve atividades que lhe permitem um estímulo ao desenvolvimento. Foram observadas as competências esperadas para a idade avaliada. Foram realizadas mais questões à mãe por impossibilidade de avaliar alguns itens.

Postura e Motricidade Global: O D. é muito ativo, corre e evita os obstáculos. Quando questionada, a mãe refere que ele consegue subir os degraus, colocando os dois pés no mesmo degrau e apoiando-se na parede.

Visão e Motricidade Fina: Consegue facilmente construir uma torre de 6 cubos. Quando lhe é oferecido um livro ele mostra interesse utiliza-o adequadamente, virando as páginas. Segura na caneta (tapa e destapa) e mostra preferência pela mão esquerda. É capaz de fazer o círculo de forma correta.

Audição e Linguagem: Diz o primeiro nome, o da mãe e dos irmãos, faz frases curtas, utiliza uma linguagem por vezes incompreensível, mas compreensível para a mãe.

Comportamento e Adaptação Social: A mãe refere que é capaz de brincar junto de outras crianças. Quando observado durante a alimentação observa-se que utiliza bem a colher e já o garfo, e manipula o copo sem dificuldade.

Sinais de Alarme: Não são observados quaisquer sinais de alarme definidos na escala. Apresenta um desenvolvimento adequado à idade.

4. Exemplo de Registo de interação

Exemplo de um registo de interação

A F. é uma bebé de 6 dias que nasceu num outro hospital. Nos três dias após o nascimento apresentou uma perda ponderal superior a 10%, estando a fazer aleitamento materno exclusivo em horário livre, pelo que manteve o internamento durante mais um dia. Após mais um dia de internamento a bebé teve um aumento ponderal de cerca de 50gr, pelo que teve alta do serviço.

No domicílio a F. mantinha aleitamento natural em horário livre mas rapidamente adormecia à mama, e continuou a perder peso. Devido ao conselho das enfermeiras do Centro de Saúde, a mãe da F. resolveu recorrer ao serviço de urgência pediátrica devido à constante perda ponderal da bebé.

A F. é o primeiro filho do casal, que não tem qualquer experiência com crianças e cuja família alargada não pode dar apoio constante. Conheci esta família no início do turno, quando fui observar todas as crianças ao cuidado da enfermeira orientadora com quem estou em estágio. Nesta altura a mãe da F. tinha acabado de a colocar à mama e o pai encontrava-se a apontar qualquer coisa num pequeno livro de apontamentos.

Quando entrei no quarto, com uma voz calma e tranquila, disse bom dia e apresentei-me:

- Bom dia, o meu nome é Filipa, sou enfermeira mas hoje estou aqui como estudante. Como estão hoje?

Ambos os pais me responderam com um sorriso e apresentaram-se também.

- Já vi que está na hora da F. comer. Está a conseguir adaptá-la à mama?

- Sim, agora já me consigo orientar um bocado melhor que antes. Já a acordámos bem antes de a alimentar, mudámos a fralda.

- Hmm, é uma boa opção para acordar melhor o bebé. Diga-me, o que tinha a fralda?

- Xixi.

- Muita ou pouca quantidade?

- Ah, tinha muita enfermeira! – respondeu prontamente o pai, que tinha mudado a fralda e apontava o resultado no caderno de apontamentos. – Eu tenho apontado tudo aqui, as horas a que ela come, e o que tem cada fralda, e tem tido fraldas muito pesadas!

- Bem, tendo em conta a razão pela qual a F. entrou, ter fraldas bem pesadas em cada muda de fralda é muito bom sinal. Assim podemos avaliar se ela está a ser alimentada na quantidade que deve e se está hidratada. Um dos sinais de alarme em relação a bebés tão pequenos, que às vezes são mais calmos e menos ativos, é realmente o número e peso de fraldas por dia!

- Pois, aqui na pediatria já me disseram isso, mas, sendo pais do primeiro filho, não fazíamos ideias que isso era tão importante. Nunca liguei muito ao que tinha cada fralda porque também nunca ninguém nos alertou – referiu a mãe.

- Para nós, que sempre dissemos que era o primeiro filho, é muito importante termos informação desse tipo para não falharmos como pais! Na maternidade nunca nos alertaram para isto... - estes pais tinham frequentado o curso de preparação para o parto, mas referiram ainda que tal não tinha sido suficiente.

Percebendo que necessitavam de falar e expor os seus medos e dúvidas, resolvi sentar-me na cadeira em frente à mãe e ao pai e explicar melhor tudo o que já tinha referido, aproveitando para avaliar a forma como a bebé estava a ser alimentada bem e a forma como era alimentada em casa.

- Em casa também lhe dava mama, mas ela adormecia muito, por isso estava pouco tempo a mamar de cada vez – referiu a mãe – agora com isto tudo estou muito insegura em relação à alimentação dela, vou querer sempre fazer o suplemento com o leite artificial. Só assim vou ter certeza de que ela come.

Tentei, perante esta insegurança, motivar a mãe a manter o aleitamento materno, ensinando-lhe estratégias como a extração de leite materno para servir de suplemento, ou em caso de maior insegurança, a extração do leite materno e a alimentação da bebé por biberão, com o condicionante de que colocando a bebé à mama há sempre maior produção de leite que extraindo o mesmo com bomba de extração de leite. Voltei a referir a necessidade de ter em consideração a eliminação

urinária e intestinal da bebé, referindo os padrões “normais”. Por fim procurei conhecer os padrões de eliminação da bebé em casa, os quais a mãe me explicou.

O pai continuava a tirar apontamentos no seu caderno de apontamentos, ouvindo atentamente tudo o que era dito, e a mãe continuando a dar mama à F. Percebendo a necessidade de deixar os pais absorverem a informação, decidi perguntar aos pais se tinham, por agora, mais alguma dúvida, os quais referiram que não e pediram um biberão de leite artificial para a bebé.

Saí do quarto e regresssei cerca de 15 minutos depois, dando o biberão à mãe, que rapidamente o ofereceu à bebé. Quis saber como se tinha portado a bebé na mama, quanto tempo tinha ficado e como se sentia a mãe após alimentar a bebé, tentando fazer com que esta compreendesse os sinais de que a bebé tinha de facto mamado corretamente.

- Tinha já alguns caroços nesta mama onde ela mamou, mas agora já estou mais aliviada. Mas diga-me uma coisa, é possível uma mama produzir mais leite que a outra?

- Sim, mas porque pergunta isso?

- É que eu tenho mais leite na mama que a F. mamou, que na outra. Quase nunca a ponho na outra porque é mais difícil de ela pegar por causa do mamilo.

- Quando o bebé utiliza mais uma mama da mãe que outra é normal que haja diferença de produção de leite de uma para a outra, porque uma é mais estimulada que outra. Tente coloca-la mais vezes na mama com menor produção, vá alternando com as mamadas.

- Então e se eu estimular com a bomba?

Expliquei à mãe a diferença entre a estimulação com a bomba de extração de leite e a estimulação do bebé, que compreendeu. Sugerii que esvaziasse, até se sentir confortável, a mama que tinha oferecido à F. e tentar colocar a F. na mama em que tem uma pega mais difícil na próxima vez que a amamentasse. Após pensar um pouco a mãe aceitou a sugestão e percebeu a razão de tal ação.

- Obrigada, aqui finalmente ensinaram-me o que preciso saber para ser melhor mãe. É importante saber sobre o que tenho de estar atenta em relação à minha filha.

Só aqui me explicaram o que precisava saber sobre a amamentação. Até este livrinho que me deram a ler, foi tão importante! Faltou-me informação para nos adaptarmos a esta nova etapa (...)

A F. teve alta clínica neste dia. Quando saíram fui cumprimentar os pais e, com um sorriso rasgado, agradeceram todo o apoio e informação dados e ensinamentos feitos. “Foi muito importante, deram-nos o que precisávamos para ter evitado este internamento. Muito obrigado.”

5. Exemplo de Registo de Observação

Exemplo de Registo de Observação

Os pais do F, estando já a preparar o momento da sua alta, prestam-lhe cuidados com cada vez mais autonomia. Os pais cuidam do bebé enquanto estão presentes, respondendo às suas necessidades básicas e solicitando sempre às enfermeiras a resposta às suas dúvidas. Após lerem alguns panfletos que a enfermeira forneceu acerca dos cuidados à criança, os pais começaram a colocar dúvidas acerca dos ensinamentos e acerca de situações de cuidado específicas. A enfermeira fez ensinamentos acerca do engasgamento, e o que fazer nessa situação, acerca do banho do bebé, acerca do transporte seguro no carro, aos quais os pais iam colocando questões mais concretas.

Um dos ensinamentos que estimulou a colocação de questões aos pais foi acerca do transporte seguro do RN. “- Então mas nós comprámos uma alcofa também. A alcofa tem cintos de segurança, e temos também o sistema para a prender no carro. Mas também temos o ovinho...qual será o melhor para o transportar? Lemos que o bebé não deve ficar muito tempo sentado no ovinho!”

- Sim, o que leu está correto, muito tempo na posição em que é colocado no ovinho pode ser prejudicial para a coluna do bebé. No entanto pergunta-me se deve preferir a alcofa ao ovinho...qual a sua opinião acerca do assunto?

- Bem, a alcofa não permite que o bebé fique tão justo ao assento, não permite uma imobilização e proteção tão boa da cabeça...também vai completamente deitado o que, numa situação em que ele balse, não é muito facilitador...quando há uma travagem a cabeça do bebé não está tao imobilizada, podendo bater nas laterais da alcofa...então acho que, apesar de ser homologada, não deve ser tão segura como o ovinho. É preferível, em viagens maiores, fazer mais paragens e ir tirando o bebé do ovinho do que transportá-lo na alcofa.

- Sim, é essa a nossa opinião também. No entanto a alcofa é homologada, sendo bem imobilizada também deverá ser segura...Mas se fizerem o pensamento que acabou por fazer parece-me que toma boas decisões!

- E em relação ao passeio? É preferível ir passear ao centro comercial ou à baixa? Agora é altura das compras de natal!

- Bem, o F é prematuro. O que é que os pais acham que é o mais seguro para ele?

- No centro comercial há muita gente, nunca sabemos quem está doente....talvez um passeio na baixa seja mais seguro porque não anda tanta gente junta...

- Não se esqueça de que o F. é um bebé que nasceu prematuro. É, por isso, muito mais suscetível a infeções respiratórias. Com um tempo muito frio, as diferenças bruscas de temperatura, o barulho, a poluição, a chuva, há um maior risco. Ambas as saídas podem ser prejudiciais, mas há que ter bom senso, não se vão isolar em casa com o vosso bebé. Escolham então alturas em que o tempo esteja mais ameno, preferencialmente enquanto há luz do sol, não chove. Agasalhem-no bem e evitem o contacto com muita gente. Evitem também estar na rua durante muito tempo.

- Teremos então de avaliar todas as condições? É isso?

- Sim. Vocês são pais, decerto escolherão o que é melhor para o F., sabendo que devem ter um cuidado redobrado. Mesmo em casa não deverão permitir um contacto constante com muita gente, evitar o contacto com pessoas doentes e exigir uma lavagem e/ou desinfeção das mãos a todos os que contactem com ele.

- Hmm, ok... Já percebi, temos de fazer uma avaliação constante de cada situação, avaliando os prós e contras, correto?

- Sim, vocês vão responsáveis pelo vosso bebé, devendo proporcionar-lhe um ambiente adequado para que se desenvolva da melhor forma. É fundamental que tenham um pensamento alargado.

Houve uma promoção do pensamento crítico dos pais, que os levou a resolver as próprias questões que colocavam.

6. Razão da escolha da Unidade de Urgência Pediátrica

Razão da escolha da Unidade de Urgência Pediátrica

A escolha da Unidade de Urgência Pediátrica, do mesmo Centro Hospitalar do meu contexto de trabalho, para a realização do estágio teve em conta o facto de este ser um serviço ao qual recorre a população da UCEN após a alta, sempre que se encontra em situação de urgência. Mostra-se importante conhecer uma realidade diferente dentro da mesma cultura organizacional, tentando perceber as diferenças na prática de enfermagem na promoção do Empowerment dos pais. Estagiar neste contexto vai permitir conhecer o trabalho, postura e prática dos pares num diferente serviço do mesmo hospital.

Sendo uma UUP, recorrem a este serviço crianças/jovens entre os 0 e os 18 anos na companhia dos pais/família, pelo que me permite desenvolver competências de EEESIP referidas pela OE e permite um desenvolvimento de competências de relação interpessoal e comunicação a este nível populacional. É dever do EEESIP ter a criança/jovem e pais/família como centro dos seus cuidados, nunca dissociando este binómio e atuando desde o nascimento até aos 18 anos, seja qual for o contexto em que a criança/jovem se encontre (OE, 2010^b). Estagiar nesta UUP permite responder às minhas necessidades de desenvolvimento enquanto futura EEESIP na procura de uma prática de excelência, e referenciadas no auto-diagnóstico de competências.

Para além de ter oportunidade de desenvolvimento nas áreas referenciadas, estar na UUP permite-me ter contacto com uma realidade com que nunca convivi (contexto de urgência, diferentes patologias, diferentes idades, abordagens diferentes) mas que açambarca a mesma cultura institucional na qual estou inserida. Ainda constitui um veículo que permite desenvolver competências no cuidado à criança/jovem em Situação Complexa de Saúde exigidas ao EEESIP pela OE (2010^b, Competência E2). Segundo a OE (2010^b) o EEESIP deve ser capaz de reconhecer situações de instabilidade em que a criança/jovem se encontre (competência E2.1), sendo capaz de fazer uma gestão da sua “dor e bem-estar” (competência E2.2, OE 2010^b, p.4) e procurando sempre a maximização da sua saúde através de respostas de enfermagem adequadas (competência E2.3).

Estagiar em contexto de UUP permite-me desenvolver competências nesta área e um aumento de conhecimentos na área da pediatria.

Embora seja um contexto de urgência/emergência, há respeito pela filosofia dos CCF, considerando a família como indissociável da criança/jovem, havendo respeito e promoção das suas forças e existindo partilha de informação entre os pais, criança/jovem e enfermeiros, tal como defendido em www.ipfcc.org e por Hockenberry e Wilson (2014). Procura-se dar aos pais recursos e ferramentas para serem capazes de gerir a situação de saúde/doença da criança/jovem e para que tenham um papel parental ativo na tomada de decisão, tal como defendido por Gibson (1995), Leal (2006), Cleveland (2008), Malheiros (2009), Pereira, Fernandes, Tavares e Fernandes (2011), Hockenberry e Wilson (2014). Há apoio constante aos pais, tal como Swanson (1993, 1999) preconiza, procurando sempre a sua capacitação e Empowerment nos cuidados que são prestados à criança/jovem. A observação da relação e interação dos enfermeiros com a criança/jovem e família possibilitará observar as intervenções de enfermagem que objetivam a promoção do Empowerment dos pais na UUP.

A UUP apresenta-se ainda como é um contexto onde o respeito pelos direitos da criança/jovem e pais, principalmente no que diz respeito à presença do acompanhante, é constante. Segundo o artigo 9º da Convenção dos Direitos da Criança (1989), bem como o 2º artigo da Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008), a criança tem o direito a ter os pais sempre junto a si, vendo promovido o seu envolvimento nos cuidados prestados. Na UUP a criança/jovem entra sempre acompanhada de um dos pais/família/responsável pela criança, o qual fica presente em todos os procedimentos e cuidados que lhe são prestados. Neste contexto reconhece-se o potencial da presença dos pais junto da criança/jovem em situação de ansiedade, medo ou stress, existindo a filosofia aceite de que o papel dos pais junto da criança/jovem é fundamental para minimizar o impacto da situação de hospitalização nela, dando-lhe apoio e segurança, reduzindo a ansiedade e aumentando a confiança dos pais nas suas capacidades e competências, tal como defendido por AACN (2010) e ENA (2012).

6.1. Objetivos / atividades para a Unidade de Urgência Pediátrica

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Resultado Esperado
Desenvolver competências de EEESIP.	-----	- Elaboração de uma reflexão crítica no final do período de estágio na Unidade de Urgência Pediátrica.	- Hockenberry & Wilson, 2014; - PNSIJ 2013; - AACN 2010; - ENA 2012; - Análise de artigos científicos relacionados com os cuidados de enfermagem à criança/jovem e família na Urgência Pediátrica.	- Permite avaliar o nível de desenvolvimento das competências esperadas para o EEESIP, bem como avaliar a minha postura e aplicação do projeto de estágio, com uma análise crítica e reflexiva.
	Prestar cuidados à criança/jovem e pais em situação complexa de saúde na Unidade de Urgência Pediátrica.	- Prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família a partir da 2ª semana de estágio na Unidade de Urgência Pediátrica: - Prestação de cuidados de	- Hockenberry & Wilson, 2014; - PNSIJ 2013; - AACN 2010; - ENA 2012; - Análise de artigos científicos	- Permite desenvolver competências nos cuidados à criança/jovem em Situação complexa de Saúde.

		<p>enfermagem à criança/jovem e família:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização do acolhimento à criança/jovem e pais/família; - Gestão do Plano terapêutico e de cuidados da criança/jovem; - Realização de ensinamentos antecipatórios à criança/jovem e pais/família; - Dar informação aos pais/família acerca do estado clínico da criança/jovem. 	<p>relacionados com os cuidados de enfermagem à criança/jovem e família na Urgência Pediátrica.</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa e leitura bibliográfica adequada ao longo do período de estágio na Unidade de Urgência 	<ul style="list-style-type: none"> - Hockenberry & Wilson, 2014; - PNSIJ 2013; - AACN 2010; - ENA 2012; 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite prestar cuidados e realizar planos de cuidados e intervenções promotoras do Empowerment e junto da criança/jovem e família em

		Pediátrica.	- Análise de artigos científicos relacionados com os cuidados de enfermagem à criança/jovem e família na Urgência Pediátrica.	situação complexa de saúde, com base em conhecimento científico e atualizado.
	Desenvolver competências de comunicação adequadas à criança/jovem e família em situação complexa de saúde (na Unidade de Urgência Pediátrica).	- Observação da relação/interação dos enfermeiros com os pais da criança/jovem em Situação Complexa de Saúde na Unidade de Urgência Pediátrica.	-----	- Permite uma apropriação da postura e cultura de Enfermagem na relação interpessoal na Unidade de Urgência Pediátrica.
		- Prestação de cuidados à criança/jovem e família em Situação Complexa de Saúde, a partir da 2ª semana de estágio na Unidade de Urgência	-----	- Permite um treino das competências de comunicação junto da criança/jovem e família em Situação Complexa de Saúde e doença aguda.

		Pediátrica.		
	Desenvolver competências na avaliação da criança/jovem em situação complexa de saúde	- Prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem na UUP.	-----	- Permite desenvolver competências nos cuidados prestados e nos sinais de alarme da criança/jovem em situação complexa de saúde.
		- Observação da prática dos enfermeiros na UUP e a sua interação com a criança/jovem e pais/família.	-----	- Permite perceber a ação do EEESIP no contexto de UUP.
		- Realização de 3 registos de observação da interação entre a EEESIP e a criança/jovem e pais na UUP; - Realização de 3 registos de interação entre a aluna e a criança/jovem e pais na UUP.	----	- Permite analisar e repensar a prática de enfermagem observada, bem como a minha prestação nos cuidados.
	Desenvolver competências na	- Observação da prática da EEESIP na triagem da	-----	- Permite observar a prática dos enfermeiros, percebendo

	triagem da criança/jovem na UUP.	criança/jovem na UUP.		a sua ação e a sua interação com a criança/jovem e pais.
		- Realização de triagem à criança/jovem que recorre à UUP.	-----	- Permite o treino de competências de EEESIP na triagem da criança/jovem na UUP.
		- Realização de pesquisa e leitura de bibliografia adequada ao contexto de estágio na UUP.	- Pesquisa e leitura de artigos científicos acerca da triagem na UUP; - Pesquisa e leitura de documentos relativos à triagem de Manchester.	- Permite a realização de triagem com conhecimento das normas, procedimentos e algoritmos regentes na UUP.
Desenvolver competências de EEESIP na promoção do Empowerment dos pais na UUP.	Identificar intervenções e estratégias de enfermagem promotoras do Empowerment dos pais em contexto de cuidados de saúde complexos à	- Elaboração de 3 registos de observação de interação entre os enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica e os pais da criança/jovem em situação complexa de saúde,	-----	- Dirige a observação à prática de enfermagem na Unidade de Urgência Pediátrica que tendem a promover o Empowerment dos pais.

	criança/jovem (na Unidade de Urgência Pediátrica).	promotores do Empowerment.		
		- Elaboração de 3 registos de interação entre a aluna e os pais da criança/jovem em situação complexa de saúde na Unidade de Urgência Pediátrica.	-----	- Permite analisar a minha prática e postura de forma crítica e dirigida.
		- Análise e discussão das situações promotoras de Empowerment entre a orientadora no contexto e a estudante.	-----	- Permite analisar de forma crítica as intervenções colocadas em prática, promotoras de Empowerment, do ponto de vista do EEESIP (a orientadora no contexto).
		- Consulta e leitura de documentos (normas e políticas) que permitam entender como os direitos da criança/jovem e a promoção do Empowerment dos pais são promovidos na	- Normas e políticas da Unidade de Urgência Pediátrica.	- Permite identificar intervenções promotoras do Empowerment e dos direitos da criança/jovem implementados institucionalmente.

		Unidade de Urgência Pediátrica.		
		- Análise dos registos de interação e observação elaborados, extraíndo as intervenções de enfermagem que promovem o Empowerment dos pais na Unidade de Urgência Pediátrica.	- Hockenberry & Wilson, 2014; - PNSIJ 2013; - AACN 2010; - ENA 2012; - Análise de artigos científicos relacionados com os cuidados de enfermagem à criança/jovem e família na Urgência Pediátrica.	- Permite identificar as intervenções de Enfermagem que tendem a promover o Empowerment dos pais na Unidade de Urgência Pediátrica.

7. Razão da escolha da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Razão da Escolha da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Na escolha da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) para realização do terceiro contexto de estágio do CMEAESIP tive em consideração um contexto em que se prestassem cuidados de enfermagem ao RN e família. Considerei um serviço em que os profissionais regessem os cuidados com base na filosofia de CCF e na promoção do Empowerment dos pais. A UCIN escolhida foi um contexto referido como indicado, para a aplicação/desenvolvimento do projeto elaborado no semestre anterior, pela perita Professora Maria José Pinheiro exatamente pelas características referidas anteriormente. A primeira visita ao local e a abordagem à Sra. Enfermeira Chefe permitiu perceber que este contexto seria capaz de dar resposta às necessidades que emergiram do projeto e aos objetivos delineados no mesmo.

Na UCIN são prestados cuidados ao RN entre os 0 e os 28 dias de vida, tendo como local de proveniência: urgências obstétricas; urgência pediátrica; internamento e berçário do hospital. Recebem RN gravemente doentes ou prematuros de muito baixo peso vindos da zona sul do país, transferidos pelo INEM pediátrico, e RN provenientes de outros hospitais com patologia cardíaca. Neste contexto prestam cuidados intensivos e intermédios ao RN, recorrendo a diversos meios complementares de diagnóstico e de tratamento. Perante as características deste serviço percebo diversas oportunidades de desenvolver competências de EEESIP referidas pela OE. Segundo esta o EEESIP deverá encarar, na sua prática, o cuidado à criança/jovem e família em situação de especial complexidade (Competência E2.1), reconhecendo as situações de instabilidade da criança, e realizando a gestão da sua dor e bem-estar (Competência E2.2) (OE, 2010^b). A este profissional é exigida a promoção da vinculação, em especial no RN doente ou com necessidades especiais de cuidados (Competência E3.2), tendo como foco dos seus cuidados a criança/jovem e família, binómio indissociável (OE, 2010^b). Para além de responder a exigências da OE, responde pois às minhas próprias necessidades de desenvolvimento enumeradas no auto-diagnóstico de competências.

Para além de ser um ótimo contexto para a aplicação do projeto de estágio e para a colheita de contributos para o mesmo, é também a área de cuidados onde exerço funções, e em que pretendo manter a minha ação. Estes profissionais respeitam os

direitos dos RNs e pais/família, incluindo-a nos cuidados e respondendo às suas necessidades. Segundo Mundy (2010) e Cleveland (2008) mostra-se fundamental responder às necessidades dos pais, como a passagem de informação e a necessidade de apoio e suporte permitindo a entrada dos avós, familiares e amigos e garantindo que os pais são apoiados durante todo o processo de internamento do RN, para prestar CCF. Responde também à necessidade de ter um espaço para os irmãos estarem presentes, reduzindo a ansiedade dos pais (Mundy, 2010).

Tenho oportunidade de perceber de que forma os enfermeiros promovem o Empowerment dos pais do RN incluindo-os precocemente nos cuidados a este, na tomada de decisão, partilhando informação relativa ao bebé, permitindo também o desenvolvimento do papel parental e garantindo apoio ao longo de todo o processo de internamento. Por ser uma UCIN tenho acesso a uma realidade semelhante há minha mas na qual posso desenvolver competências que me permitem ter uma resposta mais completa e adequada no meu contexto de trabalho, pois vivencio aqui realidades diferentes. Permito-me assim a um aumento de conhecimentos na área da neonatologia, respondendo desta forma a mais competências exigidas ao EEESIP.

Na UCIN o binómio RN/pais é estendido à família alargada e até as pessoas significativas para os pais. Existe uma atitude de disponibilidade para com os pais/família existindo diversos grupos que pretendem dar uma resposta mais abrangente às necessidades dos pais, tais como: grupo de ajuda mútua, grupo da amamentação e grupo da multiculturalidade e religião. Existe a promoção de confiança entre pais/família e profissionais, há respeito e promoção das forças da família, incluindo-a nos cuidados e tomada de decisão. Os profissionais assentam a sua prática na filosofia dos CCF, a qual, por sua vez, apresenta como conceitos básicos a Capacitação e o Empowerment dos pais (Hockenberry & Wilson, 2014), praticados neste contexto, e permitindo-me desenvolver competências nesta área. Observar a relação e interação dos enfermeiros com o RN e família, através de um guião de observação elaborado previamente, permite entender como as intervenções de enfermagem são levadas a cabo neste âmbito.

Prestar este tipo de cuidados promove a responsabilidade parental, a partilha de informação, o bem-estar, as competências e habilidades dos pais/família, e a

adaptação do cuidado à sua realidade dando-lhes apoio, tal como preconizado por Swanson na Teoria do Cuidar de Médio Alcance delineada por si (1999, citada por Wojnar, 2014). Desta forma há promoção do Empowerment dos pais através da promoção da sua autonomia nos cuidados ao RN, bem como na promoção da sua responsabilidade parental (Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011), começando sempre pela promoção de uma vinculação precoce defendida por Gibson (1995).

Sendo um contexto institucional diferente do meu dá-me ainda a possibilidade de contactar com uma cultura institucional diferente daquela que conheço, permitindo testemunhar uma visão diferente sobre a criança/jovem e família, bem como dos seus direitos. Isto permite ampliar a minha perspetiva enquanto profissional e estudante do CMEAESIP, permitindo-me uma conduta mais flexível. Desenvolver este tipo de atitude/competência responde ao definido pela OE (2010^a) como competências comuns do EE, a qual exige a este profissional uma responsabilidade ética e legal bem como uma “gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2010^a, pp. 3), promovendo sempre a qualidade nos cuidados, de forma dinamizadora (OE, 2010^a), sendo o conhecimento de outras realidades uma mais-valia para atingir estas metas.

A UCIN é então um contexto que permite responder às necessidades que emergiram do projeto elaborado, permitindo colmatar lacunas que vivencio e observo nos cuidados na UCEN, e sendo um contributo fundamental para o trabalho final e para o aumento da qualidade nos cuidados que presto na minha prática diária como enfermeira de neonatologia.

7.1. Objetivos / atividades para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Resultado Esperado
Desenvolver competências de EEESIP.	-----	- Elaboração de uma reflexão crítica no final do período de estágio.	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia.	- Permite avaliar o nível de desenvolvimento das competências de EEESIP, bem como avaliar a minha postura e aplicação do projeto de estágio, com uma análise crítica e reflexiva.
	Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem ao RN em situação complexa de saúde na UCIN.	Ser responsável pela prestação de cuidados de enfermagem ao RN e família a partir da 2ª semana de estágio na UCIN: - Participação na estabilização do RN; - Gestão da dor do RN; - Gestão do Plano terapêutico e de cuidados do	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia.	- Permite desenvolver competências nos cuidados ao RN em situação complexa de Saúde.

		<p>RN;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de alimentação e de higiene ao RN em situação complexa de saúde; - Realização de ensinamentos aos pais acerca da manipulação e do estado clínico do RN. 		
		<p>Realização do acolhimento dos pais/família do RN em situação crítica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transmissão de informação acerca do estado clínico do RN – o que provocou a situação, o que poderá ser feito; - Procura de informação junto aos pais que seja pertinente para os cuidados; - Desmistificação do ambiente que envolve o RN 	<p>-----</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permite uma redução do medo, ansiedade e preocupação dos pais.

		junto dos pais/família.		
		- Realização de pesquisa e leitura de bibliografia adequada ao longo do período de estágio na UCIN.	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia.	- Permite prestar e planejar cuidados junto do RN em situação crítica com base em conhecimento científico e atualizado.
	Desenvolver técnicas de comunicação adequadas aos pais do RN na UCIN.	- Observação da relação/interação dos enfermeiros com os pais do RN em Situação Complexa de Saúde na UCIN.	-----	- Permite uma apropriação da postura e cultura de Enfermagem na relação interpessoal na UCIN.

		- Prestação de cuidados ao RN e família em Situação Complexa de Saúde, a partir da 2ª semana de estágio na UCIN.	-----	- Permite um treino das competências de comunicação junto da criança/jovem e família em Situação Complexa de Saúde e doença aguda.
	Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem ao RN em situação de urgência/emergência.	- Realização de pesquisa e leitura de bibliografia adequada ao longo do período de estágio na UCIN.	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia.	- Permite um aumento de conhecimentos na atuação do enfermeiro em situação de urgência/emergência na UCIN; - Permite um treino das competências de EEESIP exigidas pela OE (2010).
		Participação nos cuidados ao RN em situação de urgência/emergência na	-----	

		<p>UCIN, trabalhando em equipa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabilização do RN; - Gestão do plano terapêutico; - Participação no processo de ventilação invasiva do RN; - Auxílio do neonatologista nos cuidados que presta ao RN; - Orientação dos pais durante o processo de estabilização do RN. 		
		<p>- Reflexão e análise da ação levada a cabo junto do RN em situação de urgência/emergência com o auxílio da EEESIP orientadora de estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite uma reflexão acerca da postura e ação do EEESIP nos cuidados ao RN em situação crítica.

			enfermagem ao RN e família em Neonatologia.	
	Desenvolver competências na tomada de decisão sobre cuidados de enfermagem ao RN na UCIN.	Prestação de cuidados de enfermagem ao RN na UCIN a partir da 2ª semana de estágio: <ul style="list-style-type: none"> - Participação na estabilização do RN; - Gestão da dor do RN; - Gestão do Plano terapêutico e de cuidados do RN; - Prestação de cuidados de alimentação e de higiene ao RN em situação complexa de saúde; - Realização de ensinios aos pais acerca da manipulação e do estado clínico do RN; - Promoção do contacto 	-----	- Permite um treino das competências de EEESIP exigidas pela OE (2010).

		<p>precoce entre o RN e os pais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introdução dos pais nos cuidados ao RN à medida que demonstram vontade. 		
		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de reflexões críticas relativas à tomada de decisão nos cuidados de enfermagem ao RN na UCIN. 	<ul style="list-style-type: none"> - PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia. 	
Desenvolver competências de	Identificar intervenções de enfermagem promotoras	- Elaboração de 3 registos de observação de interação	-----	- Dirige a observação à prática de enfermagem na

<p>EEESIP na promoção do Empowerment dos pais do RN na UCIN.</p>	<p>do Empowerment dos pais do RN em situação complexa de saúde na UCIN.</p>	<p>entre os enfermeiros da UCIN e os pais do RN em situação complexa de saúde, promotores do Empowerment dos pais.</p>		<p>UCIN que tendem a promover o Empowerment dos pais.</p>
		<p>- Elaboração de 3 registos de interação entre a aluna e os pais do RN em situação complexa de saúde na UCIN, com o objetivo de promover o Empowerment.</p>	<p>-----</p>	<p>- Permite analisar a minha prática e postura de forma crítica e dirigida.</p>
		<p>- Elaboração de um guia de observação da prática de enfermagem que visa promover o Empowerment dos pais na UCIN.</p>	<p>- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia.</p>	<p>- Permite um olhar dirigido para o objeto de estudo.</p>

		- Aplicação do guia de observação elaborado para observação da promoção do Empowerment na UCIN.	-----	- Permite um olhar dirigido para o objeto de estudo.
		- Análise e discussão das situações promotoras de Empowerment entre a orientadora no contexto e a estudante.	-----	- Permite analisar de forma crítica as intervenções colocadas em prática, promotoras de Empowerment, do ponto de vista do EEESIP (a orientadora no contexto).
		- Consulta e leitura de documentos (normas e políticas) que permitam entender como os direitos do RN/criança/jovem e o Empowerment dos pais são promovidos na UCIN.	- Normas e políticas da UCIN.	- Permite identificar intervenções promotoras do Empowerment dos pais e dos direitos do RN implementados institucionalmente.
		- Análise dos registos de interação e observação elaborados, extraíndo as	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014;	- Permite identificar as intervenções de Enfermagem que tendem a promover o

		<p>intervenções de enfermagem que promovem o Empowerment dos pais do RN na UCIN.</p>	<p>- Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia.</p>	<p>Empowerment dos pais do RN na UCIN.</p>
	<p>Promover o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN na UCIN.</p>	<p>Promoção da interação dos pais com o RN em situação crítica na UCIN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoção do primeiro contacto; - Enaltecimento das características específicas do bebé. 	<p>-----</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permite aplicar conhecimentos adquiridos através da leitura de bibliografia adequada, percebendo a sua eficácia na promoção do Empowerment dos pais e promovendo-o; - Promove a vinculação precoce.
		<p>Realização de educação para a saúde junto dos pais do RN na UCIN, tendo em conta as suas necessidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação do RN; 	<p>-----</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promove o desenvolvimento de competências parentais que vão contribuir para a promoção do Empowerment.

		<ul style="list-style-type: none">- Cuidados de higiene ao RN;- Engasgamento;- Sinais de doença do RN;- Temperatura do RN;- Desenvolvimento do RN/criança.		
--	--	--	--	--

7.2. Guia de observação da promoção do Empowerment

Guia de Observação do Processo de Empowerment

O presente instrumento tem como objetivo orientar o meu olhar para os cuidados de enfermagem, no sentido de identificar práticas que promovam o Empowerment dos pais dos Recém-nascidos na UCIN.

O internamento do RN constitui um momento de crise na família, criando nela necessidades, tais como dar apoio e informação, que devem ser respondidas pelos profissionais de saúde (Mundy, 2010). Para que os pais consigam gerir a situação de saúde doença do RN e a sua própria vida, tendo um papel ativo na tomada de decisão e desenvolvendo o seu potencial de Empowerment, Gibson (1995) refere que deve haver primeiro a criação de uma vinculação eficaz, pois só desta forma os pais irão aceitar a responsabilidade pelos cuidados ao RN. É fundamental ultrapassar a revolta inicial e aceitar a realidade tal como ela é, aceitando a ligação ao RN (Gibson, 1995; Neves & Cabral, 2008).

A relação que se desenvolve entre os pais e os enfermeiros permite o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, o aumento das suas competências, conhecimentos e capacidades, redução do seu medo e ansiedade (Santos et al., 2014), promoção do papel parental, facilitando a gestão da situação e dos seus recursos e a criação de uma parceria que leva ao Empowerment dos pais (Cleveland, 2008; Malheiros, 2009). Educar e dar Empowerment aos pais, desde o primeiro dia do internamento, proporciona-lhes um papel ativo nos cuidados ao RN e reduz o tempo de internamento deste (Gonya et al., 2014).

A promoção do Empowerment dos pais facilita o conhecimento da criança e das suas respostas e comportamentos, capacitando os pais para os cuidados ao RN durante e após o internamento (Lopes, Catarino & Dixe, 2010). À medida que os pais possuem competências e habilidades para cuidar, proteger e educar o RN/criança, advogando-a e agindo em prol do seu bem-estar, está a criar-se uma parentalidade positiva (Council of Europe, 2007). Ao trabalhar em parceria com os pais, passando-lhes responsabilidades, partilhando informação e respondendo às suas necessidades (Dingeman et al., 2007) o enfermeiro atua em conformidade com os CCF.

No momento do internamento/início do acolhimento:

Item	Sim	Não
1. O profissional apresenta-se aos pais		
2. Apresenta/explica o funcionamento do serviço		
3. Apresenta/explica os direitos e deveres dos pais		
4. Desmistifica/apresenta o ambiente em que o RN se encontra		
5. Procura informação pertinente para os cuidados junto dos pais/família, valorizando a mesma		
6. Fornece informação à família acerca da situação clínica da criança;		
7. Demonstra disponibilidade para estar com a família		
8. Dá espaço à família para colocar questões acerca da situação da criança e do ambiente envolvente		
9. Incentiva a presença dos pais junto do RN		
10. Promove o contacto precoce/vinculação dos pais/família com o RN		
11. Procura perceber e conhecer as necessidades dos pais		
12. Explica claramente o tratamento feito à criança		
13. Possui uma comunicação clara e simples junto dos pais/família		
Observações:		

Durante o internamento

Item	Sim	Não
1. Incentiva a presença dos pais junto do RN		
2. Incentiva o contacto precoce entre os pais e o RN		
3. Incentiva a prestação de cuidados pelos pais ao RN		
4. Disponibiliza tempo para promover o envolvimento dos pais nos cuidados		
5. Apoia os pais nos cuidados, fazendo por eles quando necessário		
6. Procura perceber e conhecer as necessidades dos pais		
7. Negoceia o papel da família nos cuidados		
8. Planeia os cuidados com os pais tendo em conta a sua disponibilidade e vontade		
9. Inclui os pais na tomada de decisão de acordo com a sua vontade		
10. Adequa a participação dos pais às suas competências e habilidades		
11. Promove a autonomia dos pais		
12. Promove estratégias para o desenvolvimento de competências e habilidades dos pais para os cuidados		
13. Ensina/avalia/supervisiona os cuidados prestados pelos pais		
14. Partilha e procura informação junto dos pais da criança/jovem		
15. Assegura-se de que os pais possuem toda a informação necessária para a tomada de decisão		
16. Informa os pais/família acerca dos resultados de exames e análises		
17. Informa os pais do RN acerca de todos os cuidados e intervenções realizados junto do mesmo, promovendo o seu envolvimento		
18. Explica os tratamentos e discute com os pais/família o		

melhor para a criança		
19. É flexível na tomada de decisão acerca das regras de funcionamento		
20. Permite a presença de pessoas significativas junto dos pais/RN para lhes dar apoio		
21. Dá esperança aos pais do RN e celebra os sucessos com a família, promovendo a criação de um diário		
22. Promove a partilha de experiências e sentimentos com outras famílias com uma situação de saúde semelhante à sua, promovendo a sua aprendizagem		
23. Cumpre as promessas feitas junto da criança/jovem e pais		
24. Permite uma resposta constante/contacto entre os pais/equipa - telefonemas		
25. Evidencia as características e comportamentos do RN junto dos pais		
26. É disponível para apoiar e ouvir os pais durante os cuidados, ouvindo-os e dando respostas às suas dúvidas e ansiedades		
27. Tem uma comunicação clara e simples junto dos pais/família		
Observações:		

Preparação para a Alta

Item	Sim	Não
1. Realiza ensinamentos adequados às necessidades dos pais do RN - educação para a saúde		
2. Fornece informação acerca do desenvolvimento infantil		
3. Reavalia os conhecimentos dos pais em relação aos cuidados ao RN		
4. Valida toda a informação passada aos pais, percebendo se a compreenderam		
5. Promove a autonomia dos pais		
5.1 De que forma?		
6. Treina os pais nos cuidados à criança		
7. Partilha a responsabilidade nos cuidados ao RN		
8. Promove as forças da família e apoia na procura dos recursos		
9. É disponível e apoia os pais nos cuidados, ouvindo-os e dando resposta às suas dúvidas e ansiedades		
10. Promove o pensamento crítico na resolução de situações de cuidados ao RN		
11. Tem uma comunicação clara e simples junto dos pais/família		
12. Procura feedback dos pais/família em relação aos cuidados prestados com vista à constante avaliação e melhoria dos mesmos.		
Observações:		

8. Razão da escolha da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Razão da escolha da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

A escolha do contexto de Cuidados de Saúde Primários, para realização de mais um período de estágio, foi realizada olhando às potencialidades que este teria para a aquisição de competências como EEESIP e recolha de mais-valias para a elaboração do relatório de estágio. A escolha recaiu sobre uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do ACES do Arco Ribeirinho que, embora não pertencendo ao mesmo Centro Hospitalar do meu contexto de trabalho, é uma unidade de cuidados com uma população que possui características semelhantes às da população com que contacto diariamente na prestação de cuidados.

Realizar estágio neste contexto permite um contacto com uma realidade com que não contacto enquanto profissional, dando-me a oportunidade de conhecer uma nova cultura organizacional, diferentes formas de trabalho e diferentes formas de olhar a criança/jovem e família numa perspetiva de promoção de saúde e prevenção da doença. Permitirá, perante o evidenciado, responder a exigências e desenvolver competências esperadas do EEESIP, tais como trabalhar em parceria na maximização da saúde da criança em qualquer contexto que esta se encontre, ajudando a família a gerir e mobilizar os seus recursos e os recursos comunitários (Competência E1, OE, 2010^b). Tenho oportunidade de encontrar a criança/jovem e família num contexto comunitário e perceber a articulação de recursos que permitem dar resposta às suas necessidades no seu contexto. Esta premissa vem ao encontro do que Council of Europe (2007) refere como fundamental para o Empowerment dos pais na gestão do processo de saúde/doença da criança/jovem. O enfermeiro da UCSP chega à família da criança/jovem antecipando cuidados e dando meios para promover as suas competências parentais através de ensinamentos e cuidados antecipatórios, tal como refere Baquero (2012) e Council of Europe (2007). Ao realizar cuidados antecipatórios a Enfermeira de CSP está a respeitar o que é exigido pelo PNSIJ 2013 (DGS, 2013), cumprindo-o, colocando-o em atuação e fornecendo informação fundamental aos pais para cuidarem da criança/jovem.

Principalmente ao nível dos CSP, cabe ao EEESIP detetar e encaminhar precocemente alterações do desenvolvimento ou a existência de situações de risco na criança/jovem, permitindo uma resposta atempada e adequada às suas necessidades e especificidades (Competência E1 e E3, OE, 2010; DGS, 2013).

Ao EEESIP cabe a obrigação de, segundo a unidade de competência E1.1, promover a parentalidade e a reinserção social da criança (OE, 2010^b), promover o crescimento e desenvolvimento infantil através da sua avaliação e da passagem de informação antecipatória (unidade de competência E3.1) e ser capaz de avaliar a parentalidade e comunicar com a criança/jovem e família de forma adequada ao seu estadio de desenvolvimento (unidade de competência E1.1; OE, 2010^b). Perante as unidades de competência mencionadas denota-se a necessidade de atuar em comunidade e numa fase de promoção da saúde e prevenção da doença, pelo que estagiar neste contexto será uma mais-valia.

Quando os pais/família e criança/jovem se dirigem à UCSP, podem recorrer ao gabinete de SI pela consulta médica, pela avaliação de peso do RN, pela realização do Diagnóstico Precoce ou sempre que existir alguma dúvida que queiram ver respondida pela enfermeira de Saúde Infantil (SI). Por encontrar, na população da UCSP, pais e RNs que recorrem à primeira consulta de enfermagem e avaliação de peso, tenho oportunidade de perceber quais as necessidades que apresentam. Posso perceber, no caso de RNs que estiveram internados, se os pais se sentiram com Empowerment para cuidar do seu filho, discutindo com eles se houve, ou não, uma promoção eficaz e adequada do seu papel parental que lhes permita cuidar e responder às necessidades do seu RN de forma autónoma, confiante e eficaz, atuando sempre em prol do seu bem-estar, desenvolvimento adequado e saudável e na sua defesa, tal como preconizado pelo PNSIJ 2013 (DGS, 2013).

Desta forma, na consulta de saúde infantil (SI) encara-se a criança inserida e indissociável da família em que se encontra, promovendo as competências da família na resolução de problemas, tal como defendido pela filosofia de CCF (Hockenberry & Wilson, 2014). Swanson (1999) também defende a passagem de responsabilidades para os pais nos cuidados à criança/jovem, responsabilizando-os na gestão do seu processo de saúde/doença e no seu desenvolvimento e crescimento, o que está também de acordo com o PNSIJ 2013 (DGS, 2013).

Assim, realizar estágio neste contexto responde às necessidades que emergiram do projeto elaborado, complementando e tendo uma visão mais abrangente e completa no que respeita à promoção do Empowerment dos pais pelo EEESIP, e permitindo também o desenvolvimento de competências que são esperadas neste profissional no âmbito dos CSP em Saúde Infantil e Pediatria.

8.1. Objetivos / atividades para a Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Justificação
Desenvolver competências EEESIP. de	----	- Elaboração de uma reflexão crítica no final do período de estágio na UCSP.	- Hockenberry e Wilson, 2014; - PNSIJ, 2013; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados à criança/jovem e pais em CSP.	- Permite avaliar o nível de desenvolvimento das competências esperadas para o EEESIP, bem como avaliar a minha postura e aplicação do projeto de estágio, com uma análise crítica e reflexiva.
	Desenvolver técnicas de comunicação adequadas à criança/jovem e família de acordo com a sua etapa de desenvolvimento.	- Observação da interação dos enfermeiros com a criança/jovem e adolescente e pais.	----	- Permite perceber mecanismos de interação e comunicação para os quais os profissionais não estão atentos.
		- Realização de 2 registos de interação entre a aluna e os pais da criança/jovem e adolescente.	----	- Permite uma análise da minha postura na interação com os pais, tendo um olhar mais dirigido.
		- Realização de pesquisa e leitura de bibliografia adequada ao longo do período de estágio na UCSP.	- Hockenberry e Wilson, 2014; - PNSIJ, 2013; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados à	- Permite dar uma resposta às necessidades da criança/jovem/adolescente e família com base científica.

			criança/jovem e pais em CSP.	
Desenvolver competências na realização de consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e de Adolescentes.	- Análise de documentos que orientam os ensinamentos /atividades/ avaliações realizadas pelo EEESIP na consulta de saúde infantil e do adolescente na UCSP.	- Documentação presente na UCSP e que guia a prática dos enfermeiros; - PNSIJ 2013.	- Permite perceber a metodologia de trabalho da EEESIP na UCSP, atuando em concordância com isso.	
	- Realização de avaliação do desenvolvimento da criança/jovem através da aplicação de escalas de avaliação do desenvolvimento (Growing skills II).	- PNSIJ 2013; - Escalas de avaliação do desenvolvimento; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados à criança/jovem e pais em CSP.	- Permite desenvolver competências na avaliação do desenvolvimento da criança/jovem através da utilização da escala de Growing Skills II.	

		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de ensinamentos antecipatórios, aos pais da criança/jovem, adequados à sua etapa de desenvolvimento (alimentação, desenvolvimento psicomotor, PNV...). 	<ul style="list-style-type: none"> - PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados à criança/jovem e pais em CSP; - Documentação presente na UCSP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite desenvolver competências de comunicação com os pais e criança/jovem, permitindo também o aumento de conhecimentos destes (aumento do Empowerment). São capazes de modelar comportamentos tendo em conta o que já estão à espera.
		<ul style="list-style-type: none"> - Realização da avaliação visual da criança. 	<ul style="list-style-type: none"> - PNSIJ 2013; - Quadro de avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite desenvolver competências de avaliação do desenvolvimento visual da criança.
		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa e leitura de bibliografia adequada. 	<ul style="list-style-type: none"> - PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados à criança/jovem e pais em CSP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite dar uma resposta às necessidades da criança/jovem adolescente e família com base científica.

	Desenvolver competências na identificação e encaminhamento precoce da criança/jovem e família em situações de risco, quer para a CPCJ quer para a equipa de Intervenção Precoce.	- Análise do processo de referênciação e da articulação dos recursos comunitários.	- Documentos da UCSP; - PNSIJ 2013; - Documentos relativos ao tema.	- Permite conhecer mecanismos que serão uma mais-valia mesmo, em contexto hospitalar, quando há necessidade de referenciar uma criança/jovem.
		- Recolha de informação junto da criança/jovem e família que recorrem ao CS.	-----	- Permite perceber as alterações que a família deteta (valorizar a informação que trazem) e entender o comportamento/desenvolvimento da criança/jovem perante o seu ambiente.
		- Realização de ensinios à família e criança/jovem acerca dos recursos da comunidade e como podemos articular com ela, trabalhando em equipa.	- Hockenberry e Wilson, 2014; Documentos da UCSP; - PNSIJ 2013;	- Permite dar à família da criança/jovem mecanismos que lhe permitam reajustar a intervenção que tem junto da criança/jovem na promoção do seu desenvolvimento; - Facilita a reinserção da criança/jovem na comunidade, tendo uma resposta adequada às suas necessidades.
	Desenvolver competências na aplicação e execução	- Realização de pesquisa e leitura de bibliografia adequada.	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014;	- Permite dar uma resposta às necessidades da criança/jovem adolescente e família com base

	do Plano Nacional de Vacinação.		- Artigos científicos relacionados com o tema.	científica.
		- Execução da vacinação à criança/jovem que recorre à UCSP.	- Hockenberry e Wilson, 2014; - PNSIJ 2013; - Prontuário Terapêutico; - PNV.	- Permite desenvolver competências da administração de vacinas à criança/jovem, bem como desenvolver conhecimentos acerca do PNV.
		- Realização de ensinamentos antecipatórios – importância do cumprimento do PNV, efeitos secundários das vacinas, como atuar em caso de existir manifestação de efeitos secundários.	- Hockenberry e Wilson, 2014; - PNSIJ 2013; - Prontuário Terapêutico; - PNV.	- Permite desenvolver conhecimentos acerca do PNV, dos efeitos secundários das vacinas; - Permite a promoção de competências da resolução de problemas dos pais/família da criança/jovem que faz vacinação.
Desenvolver competências de EEESIP na promoção	Identificar intervenções e estratégias de enfermagem	- Observação da prática da EEESIP em CSP.	-----	- Permite uma apropriação da atitude da EEESIP em CSP junto dos pais.

do Empowerment dos pais na UCSP.	promotoras do Empowerment dos pais em cuidados de saúde primários.	- Realização de 2 registos de observação da interação entre a EEESIP e os pais da criança/jovem e adolescente.	-----	- Permite um olhar dirigido à atitude e intervenção da EEESIP na promoção do Empowerment dos pais.
		- Realização de 2 registos de interação entre a aluna e os pais da criança/jovem e adolescente.	-----	- Permite um olhar dirigido à minha atitude e intervenção de promoção do Empowerment dos pais.
		- Aplicação do guia de observação da promoção de Empowerment elaborado na UCIN.	- Guia de observação elaborado.	- Permite identificar quais os pontos comuns na promoção do Empowerment no internamento e em CSP.
		- Análise e discussão das situações de promoção do Empowerment dos pais com a enfermeira orientadora.	-----	- Permite ter um olhar crítico e uma visão de EEESIP na análise das intervenções de enfermagem promotoras de Empowerment.

8.2. Avaliação do desenvolvimento com a Schedules for Growing Skills II

Avaliação do desenvolvimento com a Schedules for Growing Skills II

A escala utilizada foi a versão portuguesa, que se dirige a crianças entre os 0 e 5 anos, tendo uma duração de aplicação de 20 a 30 minutos (OE, 2010c; www.cegoc.pt). A escala de Growing Skills II é dirigida a profissionais que trabalham no âmbito da saúde infantil, pediatras, enfermeiros e psicólogos, preconizando um trabalho multidisciplinar e uma aplicabilidade alargada, precisa e fiável (OE, 2010c; www.cegoc.pt). Esta escala permite uma avaliação da criança em nove áreas de competências distintas: Controlo Postural Passivo, Controlo Postural Ativo, Locomotoras, Manipulativas, Visuais, Audição e Linguagem, Fala e Linguagem, Interação Social e Autonomia Pessoal. A avaliação de alguns itens, identificados, permite ainda avaliar a área cognitiva (www.cegoc.pt). Apresenta como vantagens de aplicação: basear-se em critérios padronizados, ter um registo fácil e permitir uma identificação fácil de atrasos do desenvolvimento, não estando, no entanto, validada para a população portuguesa (AAP, 2001, cit por OE, 2010c).

A escala é aplicada através de uma folha de Perfil, a qual permite uma rápida avaliação do nível de desenvolvimento; e uma folha de Registo, a qual, podendo ser utilizada em quatro momentos distintos, permite observar a evolução do desenvolvimento da criança (www.cegoc.pt). Tem como princípios de aplicação: o envolvimento da criança no processo, o seu conforto, a explicação aos pais dos objetivos do teste, a flexibilidade da sua aplicação, e iniciar a avaliação por uma área de fácil observação (www.cegoc.pt). A pontuação que a criança obtém em cada área de competências é dada pelo seu desempenho nas atividades realizadas durante a avaliação, devendo ser dado sempre o valor mais alto possível e colocado “Q” nas competências que a criança apresenta mas não domina (www.cegoc.pt). No final da avaliação as pontuações adquiridas em cada área de competência são colocadas na folha de Registo, onde nos é permitido, através da comparação do seu desenvolvimento com o desenvolvimento padrão para a idade avaliada, ver se existe atraso, avanço ou um desenvolvimento adequado (www.cegoc.pt; Bellman et al, 2003 cit por OE, 2010c).

Avaliação do M., 4 anos, através da Escala Growing Skills

Apesar de não ser possível a aplicação da Escala de Growing Skills na UCSP, optei por realizar esta avaliação com a EEESIP orientadora numa tentativa de a entender melhor num contexto mais prático e, assim, desenvolver competências na sua aplicação. O M. é uma criança de 4 anos, saudável, muito estimulado pelos pais e irmãos mais velhos. Com 4 anos, e aplicando a escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan são observáveis, em si, competências esperadas em idades mais avançadas, pelo que se optou pela avaliação através da SGSII. O resultado da aplicação foi:

- Competências Locomotoras: 18
 - Movimento e equilíbrio – consegue andar, pé ante pé (dedos com calcanhar), dando, no mínimo, 4 passos (13);
 - Subir e Descer Escadas – sobe e desce escadas sozinho – colocando um pé em cada degrau (tal como os adultos) (5);
- Competências Manipulativas: 26
 - Aptidão Manual – Coloca 8 pinos no tabuleiro para pinos em 30 segundos (13);
 - Cubos – Torre com 7 ou mais cubos (4);
 - Desenho – Imita um quadrado (6);
 - Desenho da figura humana – Desenha a face, o tronco, as pernas e os braços (3);
- Competências Visuais: 19
 - Função visual – Aponta o dedo com precisão para um objeto pequeno (6);
 - Compreensão visual – Combina todas as 10 cores dos cartões (13);
- Competências na Audição e Linguagem: 20
 - Função auditiva – Olha na direção da voz dos pais (3);
 - Compreensão da linguagem – Executa uma ordem com três instruções (17);
- Competências na Fala e Linguagem: 21
 - Vocalização – Imita sons produzidos pelos adultos (5);
 - Linguagem expressiva – consegue descrever uma sequência de eventos (16);

- Competências na Interação Social: 23
 - Comportamento Social – Nomeia os seus melhores amigos (14);
 - Brincar – Espera pela sua vez nas brincadeiras (9);
- Competências na Autonomia Pessoal: 23
 - Alimentação – Faz a refeição completa sem ajuda (13);
 - Higiene e Vestir – Veste-se e despe-se sozinho, incluindo abotoar botões ou fechos (10).
- Competências Cognitivas: 36

Após a aplicação da SGSII ao M., e após a avaliação do seu desenvolvimento, percebe-se facilmente que a criança apresenta competências não exigidas para a sua idade (48 meses). O M., tendo dois irmãos mais velhos (8 e 15 anos), é muito estimulado e interage muito com eles. Segundo os pais frequenta o infantário onde tem grande facilidade em fazer amigos e tem bons relacionamentos interpessoais. Desta forma, olhando à folha de perfil resultante da avaliação realizada, observa-se que o M. apresenta muitas competências esperadas aos 60 meses (5 anos). Não apresenta qualquer atraso do desenvolvimento e o avanço verificado é justificado pelo ambiente estimulante em que se encontra inserido (quer a nível familiar, quer a nível educacional).

8.3. Encaminhamento da criança/jovem para a SNIPI e CPCJ

Encaminhamento da criança/jovem para a SNIPI e CPCJ

A Intervenção Precoce na Infância é da responsabilidade do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e tem como finalidade uma intervenção de prevenção e reabilitação a nível emocional, social e de saúde, atuando junto da criança entre os 0-6 anos que apresente alterações do desenvolvimento ou crescimento (www.dgs.pt).

Quanto mais precoce a intervenção levada a cabo, maior a adaptação e reabilitação da criança a nível social, verificando-se menos limitações no seu desenvolvimento (www.dgs.pt). A Equipa Local de Intervenção (ELI) que intervém é uma equipa multidisciplinar constituída por educadores de infância, enfermeiros, médicos/pediatras, assistentes sociais, psicólogos, psicoterapeutas, entre outros, que atuam quando há referenciação de uma alteração do desenvolvimento da criança, encaminhando-a para meios de referenciação (www.dgs.pt). É preenchida uma ficha de avaliação da criança que é enviada para o SNIPI e permite verificar a existência, ou não, de critérios de elegibilidade que lhe permitem ser colocada em programa de IP (www.dgs.pt). Quantos mais critérios a criança preencher, mais célere e completa será a resposta dada pelo SNIPI que destaca, perante as limitações da criança/família, dois elementos da ELI para realizar uma triagem no contexto da criança (www.dgs.pt). Esta equipa vai posteriormente destacar o elemento mais apto para a acompanhar e trabalhar com a criança no seu ambiente familiar (www.dgs.pt). É implementado o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) delineado para as suas limitações, sem esquecer a articulação com as instituições que a criança frequenta, é dado apoio à família, referenciando-a para outros apoios sempre que necessário.

Para realizar o encaminhamento para a CPCJ é apenas necessário dar informação à comissão, que tem como objetivo a promoção e defesa dos direitos da criança/jovem, impedindo que seja sujeita a situações que coloquem em risco a sua segurança, saúde, educação e/ou desenvolvimento (www.cnpcjr.pt). O encaminhamento para a CPCJ pode ser requerido por qualquer cidadão ou instituição que tenha conhecimento de situações que coloquem a criança/jovem em perigo, devendo comunicá-las às entidades competentes na infância ou juventude,

policiais, comissões de proteção ou autoridades judiciárias (www.cnpcjr.pt). Após a denúncia, a CPCJ avalia a situação e, no caso de existir um risco real, existe contacto com a família que, caso aceite ajuda, é sujeita a uma intervenção nas áreas problemáticas, no entanto, se a família não colaborar e o risco for real, o processo é encaminhado para o Ministério Público que decide em prol do bem-estar da criança/jovem (www.cnpcjr.pt).

9. Razão da escolha da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Razão da escolha da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

A escolha do meu local de trabalho para terminar o estágio do 5º CMEAESIP deve-se à necessidade de dar resposta a um problema identificado na elaboração do projeto, fazendo sentido, agora, implementar estratégias que visam dar-lhe uma resposta e resolução adequadas. Optei por fazê-lo no fim deste período para me permitir a aquisição de subsídios em todos os locais de estágio por onde passei anteriormente, os quais facilitassem e me auxiliassem a encontrar estratégias para responder às necessidades encontradas.

O RN internado na UCEN é proveniente de diferentes contextos: Bloco de Partos, Serviço de Puerpério e Unidade de Urgência Pediátrica, os quais recebem população do distrito de Setúbal. O RN pode ser recebido em situação de urgência ou apenas para vigilância. Quando existe necessidade de ventilação invasiva, por ser uma unidade de cuidados intermédios, o RN é ventilado, estabilizado, medicado e são prestados os cuidados imediatos de suporte, existindo rapidamente um contacto com o INEM e transferindo-o para um hospital que dê uma resposta ao nível de Cuidados Intensivos Neonatais. Podem ainda ser recebidos RNs provenientes de hospitais com UCIN, após estabilização do seu quadro inicial, para *after-care*, antes de terem alta clínica.

Ao realizar estágio na UCEN permito-me olhar para o meu contexto de trabalho e para as práticas desenvolvidas nele de uma forma sistemática e dirigida ao problema em estudo, tendo um pensamento crítico e uma ação que enaltece a importância dos direitos dos pais do RN para os cuidados que são prestados a este. Atuar no âmbito do projeto na UCEN vai permitir mostrar como o papel da enfermeira é fundamental na relação criada entre pais e RN – na vinculação precoce, na promoção da parentalidade, na promoção de um pensamento crítico e, logo, na promoção do Empowerment destes (Lopes, Catarino & Dixe, 2010). Atuo, assim, no meu próprio local de trabalho e permito-me ter uma ação que culminará em resultados práticos. Desta ação poderão ainda emergir novas propostas de projetos que tenham como objetivo a melhoria constante dos cuidados na UCEN.

Este período é encarado como o culminar de um percurso que preconiza a aquisição de competências de EEESIP, uma alteração de mentalidades, práticas e

cuidados que tenderão a levar a uma maior satisfação dos pais/família de quem cuidou no meu local de trabalho. Será um período em que me irei permitir aplicar conhecimentos adquiridos e sentir-me mais capaz de responder às necessidades dos pais, promovendo o seu Empowerment.

Ao atuar na melhoria dos cuidados na UCEN com a aplicação do projeto, estou a agir em concordância com o preconizado para o EE (Unidade de competência B1.1 e B1.2), o qual, segundo a OE (2010^a), deve educar os pares disseminando informação científica e promovendo o avanço e melhoria dos cuidados. Ao promover a mudança de práticas e atitudes nas enfermeiras da UCEN há uma maior resposta às necessidades dos pais e uma maior promoção das suas competências, pois estas profissionais ficarão despertas para pormenores dos cuidados para os quais podem não estar até agora. Desta forma procuro implementar estratégias e práticas promotoras do Empowerment, dos papéis parentais e das competências no cuidado ao RN, atuando de acordo com a Unidade de Competência E1.1 preconizada para o EEESIP (OE, 2010^b). Esta mudança prevê que exista uma maior promoção da vinculação, da parentalidade e, por consequente, do desenvolvimento infantil, estando a atuar perante as competências de EEESIP (Unidade E3.1 e Unidade E3.2) preconizadas pela OE (2010^b).

9.1. Objetivos / atividades para a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Objetivo geral	Objetivo específico	Atividades	Recursos	Justificação
Desenvolver competências EEESIP.	-----	- Elaboração de uma reflexão crítica no final do período de estágio na UCEN.	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia.	- Permite avaliar o nível de desenvolvimento das competências de EEESIP, bem como avaliar a minha postura e aplicação do projeto de estágio, com uma análise crítica e reflexiva.
	Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem ao RN e família em situação complexa de saúde, desde a admissão ao momento da alta.	- Prestação de cuidados de enfermagem ao RN e família: - Realização do acolhimento aos pais/família; - Gestão da dor do RN; - Gestão do Plano terapêutico e de cuidados do RN; - Prestação de cuidados de alimentação e de higiene ao RN;	-----	- Permite desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados ao RN e pais/família.

		- Realização de ensinosaos pais acerca da manipulação e do estado clínico do RN.		
		- Realização de leitura e pesquisa bibliográfica adequada ao longo do período de estágio na UCEN.	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia.	- Permite dar uma resposta às necessidades do RN e família com base científica.
	Desenvolver técnicas de comunicação adequadas aos pais/família do RN	- Prestação de cuidados de enfermagem ao RN e família	-----	- Permite desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados ao RN e pais/família, estando mais próxima deles.
		- Realização registos de interação entre a aluna e os pais/família do RN.	-----	- Permite olhar de forma reflexiva e crítica à minha prática e atitude perante os pais do RN e a forma como desenvolvo uma relação com estes.

		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de leitura e pesquisa bibliográfica adequada ao longo do período de estágio na UCEN. 	<ul style="list-style-type: none"> - PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite dar uma resposta às necessidades da criança/jovem adolescente e família com base científica.
Desenvolver competências na educação de pares e disseminação da investigação		<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação das necessidades formativas dos pares através da aplicação de um questionário elaborado com base em bibliografia. 	<ul style="list-style-type: none"> - PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite avaliar as necessidades formativas dos enfermeiros na UCEN.
		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma ação de formação acerca do tema em estudo. 	<ul style="list-style-type: none"> - PowerPoint; - Questionários de avaliação de conhecimentos; - Questionários de avaliação da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite a disseminação de informação científica, bem como o despertar da equipa para o problema em estudo.
		<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de documentos que promovam o aumento de 	<ul style="list-style-type: none"> - PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite a disseminação de informação científica, bem como o despertar da

		<p>conhecimentos das enfermeiras da UCEN;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dossier temático. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia. 	<p>equipa para o problema em estudo.</p>
	<p>Desenvolver competências na promoção da vinculação e da parentalidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenciar, junto dos pais do RN, as suas características individuais. 	<p>-----</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permite que os pais se identifiquem com o RN e comecem a reconhecê-lo.
		<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ensinios antecipatórios acerca do desenvolvimento do RN. 	<ul style="list-style-type: none"> - PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite despertar os pais para as potencialidades e capacidades do RN, dando-lhes competências para a promoção do desenvolvimento.
		<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da amamentação através de ensinios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artigos científicos no âmbito da Neonatologia relacionados com a promoção da amamentação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite dar aos pais informação e apoio necessário para decidirem acerca da amamentação.

	Desenvolver competências na gestão da dor e bem-estar do RN.	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, em concordância com o pediatra, recorrendo a bibliografia adequada. 	<ul style="list-style-type: none"> - PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde às necessidades do RN e reduz a ansiedade dos pais.
		<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da presença e toque dos pais junto ao RN, caso seja essa a sua vontade. 	-----	<ul style="list-style-type: none"> - Os pais possuem um efeito não-farmacológico no alívio da dor do RN e na diminuição da sua agitação.
Desenvolver competências de EEESIP na promoção do Empowerment dos pais do RN na UCEN.	Sensibilizar a equipa da UCEN para a importância da promoção do Empowerment dos pais.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma ação de formação acerca do Empowerment dos pais. 	<ul style="list-style-type: none"> - PowerPoint - Questionários de avaliação de conhecimentos; - Questionários de avaliação da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permite a disseminação de informação científica, bem como o despertar da equipa para o problema em estudo.
		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de trabalho de equipa para delinear estratégias promotoras de Empowerment passíveis de serem aplicadas na 	-----	<ul style="list-style-type: none"> - Permite envolver toda a equipa e ter uma abordagem aceite por todas.

		UCEN		
		- Elaboração de um dossier temático para disseminar a informação junto das enfermeiras da UCEN, permitindo-lhes uma consulta rápida.	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia.	- Permite a disseminação de informação científica, bem como o despertar da equipa para o problema em estudo.
	Sensibilizar a equipa da UCEN para as necessidades dos pais.	- Elaboração de um dossier temático para disseminar a informação junto das enfermeiras da UCEN, permitindo-lhes uma consulta rápida. - Organização de uma reunião mensal com a equipa para discussão das necessidades dos pais, quer individuais quer comuns – recorrer, em último recurso, ao período das passagens de turno –	- PNSIJ 2013; - Hockenberry e Wilson, 2014; - Artigos científicos no âmbito dos cuidados de enfermagem ao RN e família em Neonatologia.	- Permite a disseminação de informação científica, bem como o despertar da equipa para o problema em estudo. - Permite despertar a equipa para as necessidades dos pais, percebendo como atuar.

		definindo, em equipa, estratégias para responder a estas necessidades.		
	Promover o Empowerment dos pais durante o internamento do RN, reduzindo a crise durante o internamento	- Articulação com o serviço de puerpério e CS de forma a incluir a UCEN na visita das grávidas ao hospital.	-----	- Permite uma redução da crise, ansiedade e medo quando o RN necessita de cuidados especiais.
		-Promoção da autonomia dos pais incentivando-os a elaborar um diário sempre que tal se justifique, onde descrevam avanços e recuos, medos, ansiedades e dúvidas que possam colocar à enfermeira – elaborar um panfleto.	-----	- Permite uma redução da crise, ansiedade e medo quando o RN necessita de cuidados especiais, dando aos pais uma maior sensação de controlo.
		- Elaboração de um panfleto acerca dos efeitos não-	- Bibliografia adequada para a elaboração do panfleto.	- Permite uma redução da crise, ansiedade e medo quando o RN necessita

		farmacológicos de alívio da dor que os pais possuem sobre o RN.		de cuidados especiais, dando aos pais uma maior sensação de controlo.
	Promover o envolvimento precoce dos pais nos cuidados ao RN	- Incentivo à elaboração de diários pelos pais do RN.	-----	- Permite que os pais estejam mais atentos aos comportamentos do RN, reconhecendo-os.
		- Discussão com os pais acerca das suas necessidades de aprendizagem individuais.	-----	- Permite adequar a educação para a saúde realizada às suas necessidades individuais.
		- Negociação dos cuidados com os pais, adequando-os às suas necessidades, disponibilidade e vontade de participação.	-----	- Permite dar controlo aos pais.

9.2. Panfleto para os pais

Após a alta...

Sempre que necessitarem liguem para esclarecer dúvidas que possam surgir em casa. O nosso contacto é:

265549000—extensão 1550



Queremos que...

... enquanto estão connosco desenvolvam as vossas capacidades para, em casa, cuidarem do vosso bebé respondendo às suas necessidades

... sejam capazes de prestar cuidados de qualidade ao vosso bebé.

A equipa da UCEN



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º CME-AESIP
Elaborado por Filipa Frade
Orientadora: Profª Filomena Sousa
Enfª Orientadora:

Centro Hospitalar de Setúbal
Hospital de São Bernardo
Unidade de Cuidados Especiais



Aos Pais do Bebé

Internado na UCEN



Setúbal

Fevereiro de 2015

A Neonatologia

Na neonatologia o alvo dos cuidados é o bebé e os pais/família.

O internamento de uma criança, frequentemente, origina sentimentos de ansiedade, medo, dúvida, preocupação e até revolta.

Na Unidade de Neonatologia a criança pode estar numa incubadora rodeada de equipamento e ligada por fios a máquinas e instrumentos que por vezes emitem sons. Por vezes têm que ser prestados cuidados ao vosso filho que são dolorosos. Este ambiente que pode ser assustador para a família é o adequado para podermos cuidar do seu filho.

A equipa de saúde está atenta a tudo o que acontece ao vosso filho e cuida dele o melhor possível.

Compreendemos a vossa situação como pais e estamos disponíveis para vos ajudar a ultrapassar esta fase difícil das vossas vidas.

Para isso é fundamental que nos falem das vossas dúvidas e necessidades!

- Perguntem sempre quando tiverem dúvidas;
- Falem-nos dos vossos medos e preocupações.

Permanência junto do bebé

Pretendemos reduzir o impacto negativo do internamento do vosso filho.

A permanência dos pais durante o internamento tem efeitos benéficos para vós e para a criança.

A permanência dos pais junto do filho têm um efeito de redução do impacto do internamento.

Durante os procedimentos dolorosos o toque, a voz e o contacto visual dos pais têm um efeito de redução da dor do filho.

Embora a vossa permanência junto do vosso filho seja importante para ele e para vós queremos lembrar que são vocês quem decide sobre a presença ou não junto do bebé e durante os procedimentos dolorosos.

Fiquem apenas se sentirem vontade para tal e se sentirem que conseguem!

As condições do serviço não permitem o vosso conforto durante a noite.

Se sentir cansado/a não insista em ficar durante 24 horas junto o seu filho. A criança beneficiará mais da sua presença se estiver descansada/o.

Medos e dúvidas

Gostávamos que tirassem algo de positivo deste período que fará parte da história de vida do vosso bebé. Deixamos-vos uma sugestão para ajudar a ultrapassar esta etapa:

- A criação de um **diário** onde poderão colocar fotos, pensamentos, sentimentos, dúvidas, alegrias e tristezas e a evolução do estado do vosso bebé;

- Exponham o bom e o menos bom; celebrem as pequenas melhorias!

- Decorem-no como quiserem, é vosso e do vosso bebé;

- Sempre que sentirem necessidade disso podem discutir com os membros da equipa aquilo que vão vivenciando. **Estamos ao vosso lado!**



9.3. Questionário

Serve este documento para conhecer a opinião das colegas acerca do Empowerment dos pais. Desde já agradeço o seu preenchimento:

No momento da admissão, considera importante o apoio da família alargada aos pais do RN? Sim Não

Como atua perante os pais/família do RN no momento da admissão?

Na sua prática procura entender como é constituída a rede de suporte dos pais do RN, procurando conhecer os seus pontos fortes e fracos?

Sim Não

Considera, na sua prática, a família como fonte de informação importante para a prestação dos cuidados? Sim Não

Qual a informação que considera que deve ser passada aos pais/família pela enfermeira no momento da admissão?

Costuma, na sua prática, tentar perceber as necessidades dos pais do RN?

Sim Não

Se sim, quais considera serem as necessidades dos pais/família no momento da admissão do RN na UCEN?

Quando julga ser importante iniciar o contacto entre os pais e o RN?

Quando considera importante iniciar os pais nos cuidados ao RN para o treino das suas competências?

Considera importante a presença dos pais do RN durante a realização de procedimentos invasivos? Sim Não

Se sim, quais os benefícios que a sua presença traz?

Na educação para a saúde que realiza junto dos pais do RN, tende a promover o seu pensamento crítico para a resolução de problemas ou para os cuidados ao RN?
Sim Não

Quando partilhar informação com os pais, procura perceber as suas dúvidas?

Sim Não

Procura adaptar a sua linguagem/forma e comunicação às necessidades, capacidades e compreensão dos pais/família? Sim Não

Costuma negociar os cuidados ao RN com os seus cuidadores, explicando-os e tendo em conta as suas preferências? Sim Não

Porquê?

Considera importante partilhar a responsabilidade pelos cuidados ao RN com os pais? Sim Não

Se sim, a partir de que momento faz esta gestão?

Dedica tempo aos pais do RN para ouvir e clarificar as suas dúvidas, medos, ansiedades e preocupações? Sim Não

Muito obrigada pela sua colaboração.

Filipa Frade

9.4. Sessão de Formação


 Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
 5º Curso de Mestrado em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

EMPOWERMENT DOS PAIS NA UCEN

Mestranda: Filipa Frade
 Orientadora: Professora Filomena Sousa
 Orientadora do contexto:

Janeiro de 2014



Índice

Objetivos da Sessão de Formação

1. O RN que necessita de cuidados
2. Cuidados Centrados na Família
 - 2.1 Cuidados não-traumáticos
3. Parentalidade
4. Empowerment
 - 3.1. Empowerment dos Pais
5. Sugestões - Panfleto
 - Bibliografia



Objetivos da Sessão de Formação

- A presente Sessão de Formação apresenta como objetivos:
 - Definir conceitos fundamentais para a prática de Enfermagem – Empowerment
 - Discutir em equipa estratégias de promoção do Empowerment dos Pais na UCEN
 - Definir, em equipa, intervenções de Enfermagem que promovam o Empowerment dos Pais e reduzam o impacto do internamento do recém-nascido (RN);
 - Apresentação da proposta de um panfleto a ser entregue aos pais no momento do acolhimento.



1. O RN que necessita de cuidados

- O internamento do bebé sonhado pode conduzir à rotura familiar devido a sentimentos de insegurança, preocupação, frustração, medo e ansiedade (Costa, Arantes & Brito, 2010).
- O ambiente à volta do RN (monitor, bombas infusoras, eléctrodos, a própria incubadora, oxigénio, sng, etc) afasta a família e limita o processo de vinculação, tendo, o primeiro contacto físico, um efeito amenizador (Matos et al., 2010; Costa, Ribeiro, Borba, Balleiro, 2009, cit, por Santos, Thiengo, Moraes, Pacheco & Silva, 2013).
- A vinculação precoce promove a auto-estima, confiança, resiliência, capacidade cognitiva, social e de resolução de conflitos da criança e favorece a relação com os pais e o desenvolvimento do seu papel parental (Silva & Castro, 2013).
- Deve evitar-se a separação da criança e dos pais, olhando a família como parceira de cuidados e tendo em conta a sua necessidade e capacidade de estar presente e cuidar da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

2. Cuidados Centrados na Família

- Os cuidados à criança, tal como os conhecemos, são muito recentes, tal como a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF). Esta tende a dominar os cuidados em pediatria e tem em consideração a “família como constante na vida da criança” (Hockenberry & Wilson, 2014).

- **4 pilares fundamentais:**

- Dignidade e Respeito;
- Partilha de informação;
- Participação;
- Colaboração.



- É fundamental cuidar em parceria respondendo às necessidades dos pais, aproximando a família da informação, aumentando a sua confiança (na equipa e nas suas competências), aumentando a sua participação e a sua responsabilidade sobre os cuidados do RN (Cooper et al., 2007; Skene et al., 2012).



- Esta filosofia tem então como conceitos fundamentais:

→ Capacitação e Empowerment – para dar Empowerment aos pais tenho, primeiro de os capacitar (Hockenberry & Wilson, 2014).

→ Os CCF preconizam a prestação de cuidados à criança e pais/família, tendo como resultado esperado:

- Reduzir o impacto do internamento;
- Partilhar informação pertinente para os cuidados;
- Envolver os pais/família nos cuidados;
- Promover as competências parentais;
- Aumentar o conhecimento / reconhecimento do RN pelos pais;
- Aumentar a qualidade dos cuidados;
- Aumentar a satisfação dos pais;
- Reduzir os riscos;
- Criar parcerias;
- Promover as forças da família;
- Promover a sua participação na tomada de decisão



(Coyne & Cowley, 2007; Coyne et al., 2011)

2.1 Cuidados não-traumáticos

- Incluídos nos CCF estes visam reduzir ou eliminar o desconforto físico, psicológico, emocional e social do RN e pais, dando espaço aos pais para acompanharem a criança e verem explicados os procedimentos realizados junto desta (Hockenberry & Wilson, 2014).
- Devem basear-se em:
 - Evitar a separação;
 - Dar Empowerment aos Pais para exercerem os seus direitos;
 - Evitar ou reduzir a lesão/dor na criança (Hockenberry & Wilson, 2014).
- Os pais têm um efeito não-farmacológico na redução da dor junto do RN através do toque, voz e contacto visual, pelo que é fundamental avaliar a importância da sua presença sempre que seja essa a sua vontade (Hockenberry & Wilson, 2014).



- A presença dos pais junto do RN é apoiada por:
 - Convenção dos Direitos da Criança – artigo 9º - a criança não pode ser separada dos pais se não for essa a sua vontade (UNICEF, 1990);
 - Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada – artigo 2º - a criança tem direito a ter, junto a si, os pais independentemente da idade ou estado de saúde (IAC, 2008);
 - Direitos do Bebê Prematuro – artigo X – a equipa de saúde tem o dever de garantir as condições mínimas para a criação do vínculo pais/RNPT (Cunha, 2011);
 - Direitos dos pais - Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro – artigo 2º - “**A criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua**”;
- Impedir a presença dos pais cria barreiras na construção da relação com o enfermeiro e aumenta o seu sofrimento (Smith & Conant Rees, 2000, cit por Hockenberry & Wilson, 2014).

- Os pais mostram vontade em estar junto da criança em procedimentos invasivos e nos cuidados em geral em ter uma opção para isso (Boie et al., 1999, cit por Dingeman et al., 2007) e não gostando que o profissional decida por eles. Encontram-se benefícios para todos na presença dos pais:

Recém-nascido

- Conforto e segurança;
 - Menor agitação;
 - Respeito e dignidade nos cuidados;
- (Sacheti et al., 2000, cit por Dingeman et al., 2007; AACN, 2010; ENA, 2012; Skene et al., 2012).

Pais

- Necessidade de estar presente;
 - Reduz ansiedade, medo e stress;
 - Aumenta a satisfação;
 - Aumenta a responsabilidade e competências parentais;
 - Aumenta o conhecimento das respostas do RN.
- (Robinson et al., 1998, cit por Dingeman et al., 2007; Pruitt, 2008; AACN, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014).

Enfermeiro

- Permite que a família veja que todo os esforços foram feitos;
 - Reduz os processos;
 - Aumenta a experiência positiva;
 - Humaniza o cuidado;
 - Garante a dignidade;
 - Facilita a comunicação
- (ENA, 2012)

3. Parentalidade



- A transição para a parentalidade permite uma passagem para uma etapa diferente do ciclo de vida (dos pais e do casal) (Brazelton, 2007).
- Para que a transição seja eficaz é necessária uma vinculação positiva, pois só desta forma os pais vão sentir necessidade de se responsabilizarem pelo cuidado ao RN (Gibson, 1995; Hockenberry & Wilson, 2014).
- Parentalidade positiva – conjunto de competências parentais para o cuidado, proteção e educação da criança, atuando sempre em prol da proteção dos seus direitos e na maximização da sua saúde (Council of Europe, 2006).

- O Enfermeiro tem um papel processo na promoção da Parentalidade Positiva:

- Apoiar os pais;
- Promover o reconhecimento da criança;
- Ensinar estratégias de interação com a criança;
- Dar informação acerca do desenvolvimento infantil;
- Passar gradualmente a responsabilidade pelos cuidados do RN aos pais;
- Construção de uma relação de confiança e parceria;
- Capacitar os pais para os cuidados ao RN;
- Promover as competências dos pais para os cuidados ao RN



(Council of Europe, 2007; Lopes, Catarino & Dixe, 2010)

4. Empowerment

- “Empowerment” – termo inglês sem tradução para o português. – processo de dar condições a alguém para exercer o seu poder (Rosa, 2009).
- Processo através do qual se promovem as competências do indivíduo para que este seja capaz de aumentar o seu poder/controlo sobre a sua saúde, influenciando o meio que a envolve e aumenta a sua auto-estima, auto-ajuda e capacidade de resolução de problemas (Carvalho, 2005).



Permite-lhe exercer os seus direitos, tendo um papel ativo, modificando a sua situação e participando na tomada de decisão (Malheiros, 2009; Liu, Chao, Huang, Wei & Chien, 2009)

- O Empowerment varia de pessoa para pessoa, sendo influenciado por fatores culturais, sociais, ambientais e psíquicos (Rosa, 2009).
- PNSIJ 2013
 - Prevê a capacitação da família, promovendo as suas competências para o cuidado à criança/jovem, a parentalidade, estando atento às suas necessidades e preocupações, responsabilizando-os sobre o processo de saúde – doença (DGS, 2013).
 - Procura-se uma parceria com os profissionais de saúde (Araújo, 2013).
- Exige intervenções como:
 - Relação de ajuda;
 - Educar para a saúde;
 - Capacitar;
 - Defender (Pereira et al., 2011).



4.1 Empowerment dos Pais

- Diretamente relacionado com a informação que é passada à família, a qual determina a sua participação na tomada de decisão e iniciativa para se responsabilizarem pelos cuidados ao RN (Melnyk, 2004; 2006).
- Para que o processo de Empowerment dos Pais tenha início é fundamental que haja primeiro o desenvolvimento da vinculação para que estes aceitem a responsabilidade pelos cuidados ao RN (Gibson, 1995).
Passa por 4 fases:
 - 1 – contacto com a realidade/revolta/frustração com a situação;
 - 2 – reflexão – identificam pontos fortes e fracos, recursos que a família tem;
 - 3 – confiança que permite criar parcerias e negociar;
 - 4 – mantêm-se esforços e definem-se estratégias para os cuidados ao RN (Gibson, 1995).

- Este processo é tanto mais eficaz quanto maior acessibilidade houver à informação, quanto mais incluídos nos cuidados estiverem, quanto mais participarem na tomada de decisão, quanto maior for a sua responsabilidade dos cuidados e a organização da equipa (World Bank, 2000; cit. por Malheiros, 2009).



Facilita a relação enfermeiro – pais, a criação de uma parceria, a partilha de poder com o objetivo de prestar cuidados que respondem às necessidades do RN e dos pais (Reis, Rempel, Scott, Brady – Fryerm, Aerda, 2010).

- Pretende-se que os pais consigam atingir um nível de autonomia, auto-confiança, autonomia, promovendo a sua independência, confiança e aumento de poder (Pereira et al., 2011).

- O treino de competências, o aumento de competências e conhecimento → reduz o medo e a ansiedade (Santos, Thiengo, Moraes, Pacheco & Silva, 2014).

É importante que o processo de Empowerment dos pais tenha início antes do nascimento do bebé na fase pré-natal, dando informação acerca da possibilidade da necessidade de internamento da criança (Gaucher & Payot, 2011).



Contactar com a Unidade de Neonatologia e conhecer a equipa favorece a desmistificação do processo pelo qual o RN passa quando é internado. Há redução do stress (Gaucher & Payot, 2011).



5. Sugestões

- Análise, em equipa, das necessidades individuais e comuns dos pais dos RNs internados – durante a passagem de turno;
- Discussão, em equipa, de estratégias de Empowerment a introduzir na UCEN;
- Realizar um trabalho em equipa com o CS de forma a incluir a UCEN na visita que a grávida realiza ao hospital.
- Entrega de um panfleto aos pais no momento da admissão;



Bibliografia

- American Association of Critical Care Nurses (2010). Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures. Practice Alert.
- Banco Mundial (1999). *Entering the 21st Century: World Development Report 1999/2000*. Nova Iorque, Oxford University Press;
- Brazelton, T.B. (2007). O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e o comportamento durante os primeiros anos. 10^a edição. Lisboa: Editorial Presença;
- Carvalho, S.R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 20(4): 1088 – 1095;
- Cooper, L.G.; Gooding, J.S.; Gallagher, J.; Sternesky, L.; Ledsky, R.; Berns, S.D. (2007). Impact of a Family-Centered Care initiative on NICU care, staff and families. *Journal of Perinatology*. 27, 32-37.
- Costa, M.C.G.; Arantes, M.Q.; Brito, M.D.C. (2010). A UTI Neonatal sob a ótica das mães. *Rev. Eletrônica de Enf.* 12: 698 – 704;
- Council of Europe (2007). Parenting in Contemporary Europe: a positive approach. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing. ISBN: 978-92-871-6135-2;
- Coyne, I.; Cowley, S. (2007) – Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*. 44, 893 – 904.
- Coyne, I.; O'Neill, C.; Murphy, M.; Costello, T.; O'Shea, R. (2011). What does family-centered care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *J. Adv. Nurs.*. 67(12), 2561-2573;
- Dingeman, R.; Mitchell, E.; Meyer, E.; Curley, M. (2007). Parent Presence During Complex Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation: A systematic Review of the Literature. *Pediatrics*. 120, 842-854. da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção Geral
- Emergency Nurses Association (Org) (2012). Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation. ENA;
- Gaucher, N.; Payot, A. (2011). From Powerless to empowerment: Mothers expect more than information from the prenatal consultation for preterm labour. *Paediatrics & Child Health*. 16(10), 638-642.

- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in 16 mothers of chronically ill children. *J. Adv. Nurs*. 21:1201 – 1210;
- Heinemann, A.; Hellström-Westas, L.; Nyqvist, K.H. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatrica: Nurturing the Child*. 102, 695-702.
- Hockenberry, M. J.; Wilson, D. (2014) – Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9^a ed. Volume I. Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (Org) (2008) – Carta da Criança Hospitalizada. 4^a Ed. Lisboa: Grupo Medinfar.
- Leal, I.(2006). Perspectivas em Psicologia da Saúde. Coimbra: Editora Quarteto.
- Liu, C.; Chao, Y.; Huang, C.; Wei, F.; Chien, L. (2009). Effectiveness of applying empowerment strategies when establishing a support group for parents of preterm infants. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 1729 – 1737.
- Lopes, M.S.O.C.; Catarino, H.; Dixe, M.A. (2010). Parentalidade positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência*. 3(1), 109-118;
- Malheiros, J.V. (2009). O Empowerment dos doentes. In: Campos, L.; Borges, M.; Portugal, R. (2009). *Governação dos Hospitais (267-287)*. Alfragide: Casa das Letras.
- Matos, T.A.; et al. (2010). Contato pele-a-pele precoce mãe-filho: significado para as mães e contribuições da Enfermagem. *Rev Bras de Enf*. 63:6;
- Melnyk, B.M. (2004). Creating Opportunities for Parents Empowerment: Program Effects on the Mental Health/Coping Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Mothers. *Pediatrics*. 113(6), e597 – e607.
- Melnyk, B.M.; et al. (2006). Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parent's Mental Health Outcomes with the Creating Opportunities for Parents Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*. 118(5), e1414 – e1427.
- Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M.; Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing Edição Portuguesa*. 12(14), 1-7.
- Pruitt, M.; Johnson, A.; Elliott, C.; Polley, K. (2008). Parental Presence During Pediatric Invasive Procedures. *Journal of Pediatric Health Care*. 22(2), 120-127;
- Reis, M.D.; Rempel, G.R.; Scott, S.D.; Brady-Fryer, B.A.; AERde, J.V. (2010). Developing Nurse/Parent Relationships in the NICU Through Negotiated Partnership. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 39, 675 – 683.
- Rosa, E. (2009). A aprendizagem ao longo da vida e a Educação Parental como fator de Empowerment e estratégia de luta contra a exclusão social – O projeto de Capacitação Familiar “APAR”. Instituto Universitário de Lisboa. ISCTE – Departamento de Sociologia (Mestrado em Desenvolvimento, Diversidades Locais e Desafios Mundiais – Análise Gestão. Orientador Dr Rogério Roque Amaro;

- Rouck, S.; Leys, M. (2009) – Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit. A review of the literature (1990 – 2008). *Patient Education and Counseling*. 76, 159 – 173.
- Santos, N.D.; Thiengo, M.A.; Moraes, J.R.M.M.; Pacheco, S.T.A.; Silva, L.F. (2014). O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. *Rev de Enf UERJ*. Rio de Janeiro. 22(1): 65-70;
- Silva, P.A; Esteves, M.L.; Castro, F.V. (2013). Vinculação mãe-bebê. *INFAD Rev. de Psic.* 1(2): 729 – 736;
- Skene, C; Franck, L.; Curtis, P., Gerrish, K. (2012). Parental Involvement in Neonatal Comfort Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 41 (6), 786-797.
- UNICEF (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. NY: ONU. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Zenz, A. (2000). Evaluation Empowerment: The world vision área development programme. Washington: World Bank. In: <http://www.devnet.org.nz/conf/Papers/zenz.pdf>, em 16/07/2014 às 18h.

9.5. Dossier temático

Dossier Temático

Empowerment dos Pais na UCEN



Mestranda: Filipa Frade

Orientadora: Professora Filomena Sousa

Enf^a Orientadora:

Fevereiro 2015

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Saúde Infantil
e Pediatria

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Dossier Temático

Tema: Promoção do Empowerment dos pais do RN na UCEN
- Intervenção de Enfermagem -

Mestranda: Filipa Frade

Orientadora: Professora Filomena Sousa

Enfª Orientadora:

Fevereiro de 2015

Índice

Introdução

Cuidados Centrados na Família

- A Model of Family-Centered Care and Satisfaction Predictors - The Critical Care Family Assistance Program (*Dowling, Vender, Guilianelli & Wang, 2005*)
- Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study
- Development and Dissemination of Potentially Better Practices for the Provision of Family-Centered Care in Neonatology: The Family-Centered Care Map (Dunn, Reilly, Johnston, Hoopes & Abraham, 2006)
- Family Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science
- Family-centred care of children in hospital – a concept analysis
- Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health Care System - A Roadmap for the Future - A Work in Progress
- Partnerships With Families - A Foundation to Support Them in Difficult Times
- Patient- and Family-Centered Care Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families
- Shared decision-making in neonatology: an utopia or an attainable goal?
- The Evolution of Family-Centered Care
- The Many Roles of Family Members in "Family-Centered Care" - Part II
- The Many Roles of Family Members in "Family-Centered Care" – Part I
- What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice

Os Pais do Recém-nascido Doente

- A família na Unidade de Pediatria: convivendo com normas e rotinas hospitalares
- Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room
- Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit

- Impact of communication skills training on parents perceptions of care: intervention study
- Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit
- Vinculação Mãe-Bebé

As necessidades dos Pais

- Assessment of Family Needs in Neonatal Intensive Care Units.
- Closeness and separation in neonatal intensive care
- Information and professional support: Key factors in the provision of family-centered early childhood intervention services
- Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit. A review of the literature (1990 – 2008).
- Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital
- Pilot study of experiences and needs of 111 fathers of very low birth weight infants in a neonatal intensive care unit

A presença dos Pais

- Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU
- Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department
- Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures
- Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation.
- Parent Presence During Complex Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation: A systematic Review of the Literature.
- Parental Presence During Pediatric Invasive Procedures.
- Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde
- Parental presence when their child is in neonatal intensive care
- Developing Nurse/Parent Relationships in the NICU Through Negotiated Partnership

O Empowerment

- Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados.
- From Powerless to empowerment: Mothers expect more than information from the prenatal consultation for preterm labour.
- Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde.
- Patient empowerment: Emancipatory or technological practice?
- Patient empowerment: Myths and misconceptions

O Empowerment dos Pais

- Creating Opportunities for Parents Empowerment: Program Effects on the Mental Health/Coping Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Mothers
- Effectiveness of applying empowerment strategies when establishing a support group for parents of preterm infants
- Empowerment programme for parents of extremely premature infants significantly reduced length of stay and readmission rates
- Impacts of creating opportunities for parents empowerment on maternal stress: A quase-experimental study.
- O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar.
- Reducing Premature Infants’ Length of Stay and Improving Parent’s Mental Health Outcomes with the Creating Opportunities for Parents Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A randomized, Controlled Trial.
- The process of empowerment in of chronically ill children.
- The validity and reliability of the Finnish Family Empowerment Scale (FES): a survey of parents with small children

Enquadramento Legal

- Carta da Criança Hospitalizada
- Código Deontológico do Enfermeiro
- Convenção dos Direitos da Criança

- Declaração Universal dos Direitos do Bebê Prematuro
- Lei 106/2009. Acompanhamento familiar em Internamento hospitalar
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos.
- Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Bibliografia

Introdução

Os cuidados em neonatologia têm registado grandes avanços ao longo dos anos, havendo grande redução da taxa de mortalidade infantil (Gonya, Martin, McClead, Nelin, Shepherd, 2014). O internamento do RN gera uma crise na família que é atenuada quando os pais possuem um papel ativo nos cuidados ao bebé, interagindo com ele (Gonya et al., 2014; Melnyk et al., 2008) e têm as suas necessidades respondidas (Mundy, 2010).

Os benefícios dos CCF na UCIN são grandes, havendo redução do stress parental, aumento da capacidade de regulação da criança, melhores resultados e melhor desenvolvimento neurológico a curto e longo prazo, redução do tempo de internamento e reinternamento e melhor interação pais/RN (Cooper, Blaine, Franck, Howse, Berns, 2011; Weller, Feldman, 2003; Gonya et al., 2014). É fundamental cuidar dos pais/família e assentar os cuidados nos pilares fundamentais dos CCF, partilhando informação com a família; promovendo a sua colaboração nos cuidados ao RN; garantindo a sua participação na tomada de decisão e mantendo o respeito e dignidade pela pessoa (Jolley & Shields, 2009; Hockenberry & Wilson, 2014).

É fundamental que exista uma promoção da vinculação precoce, pois só desta forma os pais vão ser capazes de aceitar a responsabilidade pelos cuidados ao RN (Gibson, 2009). A relação criada com os enfermeiros permite o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, conduzindo a uma aquisição de competências, conhecimentos e capacidades que permitem reduzir o medo e ansiedade durante o internamento (Santos, Thiengo, Moraes, Pacheco e Silva, 2014), proporcionando um papel parental positivo e ativo, uma gestão da situação e dos recursos e a criação de uma parceria que leva ao Empowerment dos pais (Cleveland, 2008; Malheiros, 2009).

O conceito de Empowerment é descrito como o processo de “dar poder” ao indivíduo para exercer os seus direitos (Pereira, Fernandes, Tavares, Fernandes, 2011). O profissional de saúde dá à pessoa meios para que ela seja capaz de gerir o seu processo de saúde-doença e ter papel ativo na tomada de decisão (Simmons & Parsons, 1983; Ellis-Stoll & Popkess-Vawter, 1999; Alegria et al., 2008; citados por Liu, Chao, Huang, Wei, Chien, 2009; Sem, 2001, citado por Malheiros, 2009). No hospital a criança/jovem e pais encontram-se numa situação de maior vulnerabilidade (Malheiros, 2009), sendo a promoção do Empowerment uma das suas necessidades

(Cleveland, 2008) Educar e promover o Empowerment dos pais desde o dia do internamento permite-lhes ter um papel ativo nos cuidados, reduz o tempo de internamento e o risco de reinternamento da criança (Gonya et al., 2014).

Com o aumento do Empowerment e o aumento da participação dos pais, o enfermeiro pode ajudar a reconhecer e a conhecer a criança e as suas respostas e comportamentos, capacitando-os para os cuidados ao RN durante e após o internamento (Lopes, Catarino e Dixe, 2010). À medida que os pais possuem competências e habilidades para cuidar, proteger e educar o RN/criança, advogando-a e agindo em prol do seu bem-estar, está a criar-se uma parentalidade positiva (Council of Europe, 2007). Ao trabalhar em parceria com os pais, passando-lhes responsabilidades, partilhando informação e respondendo às suas necessidades (Dingeman et al., 2007) o enfermeiro atua em conformidade com os CCF.

O PNSIJ 2013 prevê a capacitação da família pelo profissional de saúde através da promoção das competências parentais para o cuidado à criança/jovem favorecendo a parentalidade, prestando-lhes cuidados e estando atento às suas necessidades e preocupações, assegurando que a família e a criança/jovem assumem responsabilidades sobre o seu próprio processo de saúde-doença (DGS, 2013).

O presente dossier temático, elaborado no âmbito do estágio do 5º CMEAESIP, tem o intuito de reunir e arquivar um conjunto de documentos relativos ao Empowerment dos pais. Procura criar uma base de dados que é apenas iniciada e que se propõem a uma construção constante (Lourenço, 2004). Assim, este dossier encontra-se aberto para utilização e complementação por toda a equipa de Enfermagem da UCEN. Apresenta como objetivos:

- Sensibilizar a equipa da UCEN para a importância da promoção do Empowerment dos pais;
- Sensibilizar a equipa da UCEN para a importância de responder às necessidades dos pais;
- Compilar documentos que justifiquem os cuidados de Enfermagem no que diz respeito ao Empowerment dos pais;
- Permitir a justificação científica na tomada de decisão em prol dos pais/família e criança;

- Promover o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCEN.

A organização do dossier segue a ordem cronológica do internamento do RN, assim, serão apresentados documentos relativos aos Cuidados Centrados na Família; Os Pais do Recém-nascido Doente; As necessidades dos Pais; A presença dos Pais; O Empowerment e o Empowerment dos Pais. Será ainda aberto um separador relativo ao Enquadramento Legal do tema.

Bibliografia

- ▶ American Association of Critical Care Nurses (2010). Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures. Practice Alert;
- ▶ Ammentorp, J.; Kofoed, P.; Laulund, L. (2010). Impact of communication skills training on parents perceptions of care: intervention study. *Journal of Advanced Nursing* . 67(2), 394–400;
- ▶ Anderson, R.M.; Funnell, M.M. (2009). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*. 79 (2010) 277–282;
- ▶ Borimnejad, L.; Mehrnoosh, N.; Fatemi, N.S; Haghani, H. (2013). Impacts of creating opportunities for parente empowerment on maternal stress: A quase-experimental study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 18(3), 218 – 221;
- ▶ Carla Cunha, adaptado de Tavares, L.A. (2011). Declaração Universal dos Direitos do Bebê Prematuro. Rio de Janeiro;
- ▶ Carvalho, S.R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 20(4): 1088 – 1095;
- ▶ Cleveland, L.M. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 37(6), 666-691;
- ▶ Conway, J.; Johnson, B.; Edgman – Levitan, S.; Schucter, J.; Ford, D.; Sodomka, P.; Simmons, L. (Coord) (2006). A roadmap to the Future – a work in progresso. Bethesda: Institute for Family-Centered Care;
- ▶ Cooper, L.G.; Gooding, J.S.; Gallagher, J.; Sternesky, L.; Ledsky; R.; Berns, S.D. (2007). Impact of a Family-Centered Care initiative on NICU care, staff and families. *Journal of Perinatology*. 27, 32-37;
- ▶ Coyne, I.; Cowley, S. (2007) – Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*. 44, 893 – 904;
- ▶ Coyne, I.; O’Neill, C.; Murphy, M.; Costello, T.; O’Shea, R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *Journal of Advanced Nursing*. 67(12), 2561 – 2573;

- Crowley, M.; Arruda, T.; Proehl, J.; Walker-Cillo, G.; Papa, A.; Li, S.; Walsh, J. (2009). Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 37(5), 469-473;
- D'Aloja, E.; Floris, L.; Muller, M.; Birocchi, F.; Fanos, V.; Paribello F.; Demontis, R. (2010). Shared decision-making in neonatology: an utopia or an attainable goal?. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.* 23(3): 56-58;
- Deborah Dokken, D.; Simms, R.; Cole, F. (2007). The Many Roles of Family Members in "Family-Centered Care" - Part II. *Pediatric Nursing.* 33(1), 51 – 70;
- Dingeman, R.; Mitchell, E.; Meyer, E.; Curley, M. (2007). Parent Presence During Complex Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation: A systematic Review of the Literature. *Pediatrics.* 120, 842-854;
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção Geral da Saúde;
- Dokken, D.; Ahmann, E. (2006). The Many Roles of Family Members in "Family-Centered Care" – Part I. *Pediatric Nursing.* 32(6), 562 – 565;
- Dowling, J.; Vender, J.; Guilianelli S.; Wang, B. (2005). A Model of Family-Centered Care and Satisfaction Predictors - The Critical Care Family Assistance Program. *Chest Journal.* 128(3):81s-92s;
- Dunn, M.; Reilley, M.; Johnston, A.; Hoopes, R.; Abraham, M. (2006). Development and Dissemination of Potentially Better Practices for the Provision of Family-Centered Care in Neonatology: The Family-Centered Care Map. *Pediatrics.* 118, 95-107;
- Emergency Nurses Association (Org) (2012). Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation. ENA;
- Flacking, R.; Lehtonen, L.; Thomson, G.; Axelin, A.; Ahlqvist, S.; Moran, V.H.; Ewald, U.; Dykes, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Pædiatrica.* 101, 1032–1037;
- Fordham, L.; Gibson, F.; Bowes, J. (2011). Information and professional support: Key factors in the provision of family-centered early childhood intervention services. *Child: care, health and development.* 38(5), 647-653;
- Gale, G.; Franck, L.S.; Kools, S.; Lynch, M (2004). Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *International Journal of Nursing Studies.* 41, 51–58;

- Garten, L.; Nazary, L.; Metze, B.; Bu"hrer, C. (2013). Pilot study of experiences and needs of 111 fathers of very low birth weight infants in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*. 33, 65–69;
- Gaucher, N.; Payot, A. (2011). From Powerless to empowerment: Mothers expect more than information from the prenatal consultation for preterm labour. *Paediatrics & Child Health*. 16(10), 638-642;
- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in of chronically ill children. *J. Adv. Nurs*. 21:1201 – 1210;
- Gonya, J.; Martin, E.; McClead, R.; Nelin,L.; Shepherd, E. (2014). Empowerment programme for parents of extremely premature infants significantly reduced length of stay and readmission rates. *Acta Paediatrica*. 103, 727-731;
- Harrison, T.M. (2010). Family Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *J. Pediatr Nurs*. 25(5):335-343;
- Heinemann, A.; Hellström-Westas, L.; Nyqvist, K.H. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatrica: Nurturing the Child*. 102, 695-702;
- Instituto de Apoio à Criança (Org) (2008) – Carta da Criança Hospitalizada. 4ª Ed. Lisboa: Grupo Medinfar;
- Jolley, J.; Shields, L. (2009). The Evolution of Family Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*. 24(2), 164-170;
- Kearvell, H.; Grant, J. (2009). Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 27(3), 75 – 82;
- Lei 106/2009. Acompanhamento familiar em Internamento hospitalar. Diário da República série I, nº178 (14 de Setembro de 2009);
- Liu, C.; Chao, Y.; Huang, C.; Wei, F.; Chien, L. (2009). Effectiveness of applying empowerment strategies when establishing a support group for parents of preterm infants. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 1729 – 1737;
- Lourenço, J. V. (2004). *Ferramentas do aprendiz de filósofo*. Porto: Porto Editora, pp.61-62
- Martinez, J.G.; Fonseca, L.M.; Scochi,C. (2007). Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. *Ver. Latino.am enfermagem*. 15(2), 1-9;

- ▶ McGrath, J.M. (2005). Partnerships with Families – A foundation to Support Them in Difficult Times. *Journal of Perinatal & Neonatal*. 94-96;
- ▶ Melnyk, B.M. (2004). Creating Opportunities for Parents Empowerment: Program Effects on the Mental Health/Coping Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Mothers. *Pediatrics*. 113(6), e597 – e607;
- ▶ Melnyk, B.M.; et al. (2006). Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parent's Mental Health Outcomes with the Creating Opportunities for Parents Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*. 118(5), e1414 – e1427;
- ▶ Mikkelsen, G.; Frederiksen, K. (2010). Family-centered care of Children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 67(5), 1152 – 1162
- ▶ Mundy, C. (2010) – Assessment of Family Needs in Neonatal Intensive Care Units. *American Association of Critical-Care Nurses*, 19, 156 – 163;
- ▶ Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. (Coord) (2005) – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ▶ Oman, K.S; Duran, C.R.; Denver, A. (2010). Health care providers' evaluations of family presence during resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*. 36(6), 524-533;
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa;
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa;
- ▶ Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M.; Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*. 12(14), 1-7;
- ▶ Piper, S. (2009). Patient empowerment: Emancipatory or technological practice?. *Patient Education and Counseling*. 79, 173-177;

- ▶ Pruitt, M.; Johnson, A.; Elliott, C.; Polley, K. (2008). Parental Presence During Pediatric Invasive Procedures. *Journal of Pediatric Health Care*. 22(2), 120-127;
- ▶ Reis, M.D.; Rempel, G.R.; Scott, S.D.; Brady-Fryer, B.A.; AERde, J.V. (2010). Developing Nurse/Parent Relationships in the NICU Through Negotiated Partnership. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 39, 675 – 683;
- ▶ Rouck, S.; Leys, M. (2009) – Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit. A review of the literature (1990 – 2008). *Patient Education and Counseling*. 76, 159 – 173;
- ▶ Santos, N.D.; Thiengo, M.A.; Moraes, J.R.M.M.; Pacheco, S.T.A.; Silva, L.F. (2014). O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. *Rev de Enf UERJ*. Rio de Janeiro. 22(1): 65-70;
- ▶ Silva, P.A.; Esteves, M.L.; Castro, F.V. (2013). Vinculação mãe-bebê. *INFAD Rev. de Psic.* 1(2): 729 – 736;
- ▶ Snoby, P. (2005). Practice Alert: Family Presence During CPR and Invasive Procedures. *J. Radiol. Nurs.* 24(3), 49-51;
- ▶ Sousa, P. (2013). Parental Perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing children and young people*. 25(2), 24-28;
- ▶ UNICEF (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. NY: ONU. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf;
- ▶ Vuorenmaa, M.; Halme, N.; Åstedt-Kurki, P.; Kaunonen, M.; Perälä, M. (2013). The validity and reliability of the Finnish Family Empowerment Scale (FES): a survey of parents with small children. *Child: care, health and development*, 40(4), 597–606;
- ▶ Wigert, H.; Berg, M.; Hellström, A.L. (2009). Parental presence when their child is in neonatal intensive care. *Sacnd. J. Caring Sci.* 24, 139-146;
- ▶ www.family-centeredcare.org;
- ▶ Xavier, D.M.; Gomes, G.C.; Santos, S.S.; Lunardi, V.L.;Pintanel, A.C.; Erdmann, A.L.(2013). A família na Unidade de Pediatria: convivendo com normas e rotinas hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 67(2), 181-6;