

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Transição para a Parentalidade na Prematuridade:
Intervenções do Enfermeiro Especialista

Solange Marina Pereira Cardoso

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Transição para a Parentalidade na Prematuridade:
Intervenções do Enfermeiro Especialista

Solange Marina Pereira Cardoso

Orientador: Prof^a. Maria Teresa Magão

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



PENSAMENTO

Não nascemos pais, tornamo-nos pais... a parentalidade fabrica-se com ingredientes complexos

(MORO, 2005)

AGRADECIMENTOS

A realização do presente relatório de estágio e todo o percurso formativo não teria sido possível sem o apoio, incentivo, compreensão e orientação de várias pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram nesta caminhada da minha vida pessoal e profissional.

Em primeiro lugar, agradeço à minha família pelo apoio constante no decorrer deste percurso. Obrigado João, por me teres feito sempre sentir capaz de superar qualquer adversidade estando a meu lado a 100%. Obrigada à minha paixão, o meu querido filho, aos meus pais, querida avó e aos meus sogros por serem o pilar da minha vida!

Um agradecimento às minhas amigas de sempre, aos amigos que fiz nesta instituição e a uma amiga especial pela disponibilidade e apoio incondicional.

Por fim, não menos importante, expresso um sincero e profundo agradecimento à minha orientadora, pelo apoio e acompanhamento permanente, pelos conhecimentos partilhados e pelo sentido crítico na orientação.

RESUMO

A Transição para a Parentalidade na Prematuridade, temática central deste relatório, é considerada uma das transições mais importantes na vida dos seres humanos e dificultada com o nascimento de um filho prematuro. Conhecer as principais dificuldades dos pais no cuidar a criança, de modo a facilitar a adaptação aos seus novos papéis, promovendo novas competências, visando a sua autonomia em qualquer contexto, torna-se fundamental. O enfermeiro especialista assume um papel primordial como facilitador desta transição.

Tendo como objetivos promover a maximização de desenvolvimento da criança e do jovem e desenvolver competências de EEESCJ na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na transição para a parentalidade, foram realizadas atividades promotoras de desenvolvimento, e analisadas práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade e parentalidade na prematuridade. Foi ainda desenvolvida, uma proposta de revisão do Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém-Nascidos Prematuros, necessidade identificada no meu contexto profissional e que constitui um instrumento facilitador da transição para a parentalidade na prematuridade.

A prática reflexiva foi enquadrada num contexto de prática baseada na evidência e apoiada pelo quadro de referência, da Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Filosofia de Cuidados Centrados na Família, valiosos contributos para o desenvolvimento das competências anteriormente mencionadas.

Este percurso de aprendizagem é também impulsionador de projetos futuros como a implementação do contacto de follow-up através do telefonema pós-alta a pais de recém-nascidos prematuros, que perspetivo vir a implementar no meu contexto profissional como estratégia facilitadora do desempenho do seu papel parental com mestria.

Palavras-Chave: Transição; Parentalidade; Prematuridade; Enfermeiro Especialista; Intervenções de enfermagem

ABSTRACT

The transition to parenthood in prematurity, central subject of this report is considered one of the most important transitions of the human being life and is made even harder by the birth of a premature child. It is therefore fundamental to know the main challenges in the children's care for the parents, in order to facilitate the adaptation to their new roles, promoting new skills aiming to the achievement of their independence in any context. The nurse specialist takes on a primordial role as a facilitator for this transition.

With the objective to promote child and youngster's development maximization and youth and develop EEESCJ skills in providing skilled nursing care focused on the transition to parenthood, there were performed activities promoting development, and analyzed care practices, which could promote the transition to parenting and parenting in prematurity. It was also developed a proposal for revision of the Counselling Guide for Parents of Premature Newborn, identified need in my professional context and which presents as facilitator instrument for the transition to parenthood instrument in prematurity.

Reflective practice was been framed in a context of evidence-based practice and supported by the frame of reference for the Theory presented by Afaf Meleis about the Transitions and Centred Care philosophy in the Family, valuable contributions to the development of the aforementioned skills.

This learning process is also driver of future projects such as the implementation of the follow-up contact through post-discharge phone call to parents of premature newborns, which I predict that it could be implemented in my professional context as a facilitator strategy of their performance in their parental role masterfully.

Keywords: Transition; Parenthood; Prematurity; Nurse Specialist; Nursing interventions

LISTA DE SIGLAS

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

EE – Enfermeira Especialista

EEESCJ – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

LISTA DE ABREVIATURAS

p. – Página

prof^a. - Professora

Índice

INTRODUÇÃO	9
1. PROBLEMÁTICA	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Teoria das Transições de Afaf Meleis	18
2.2 Filosofia de Cuidados Centrados na Família	21
3. PERCURSO FORMATIVO: UM CAMINHO REFLETIDO... DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA	23
3.1 Promover a maximização de desenvolvimento da criança e do jovem	27
3.1.1 Desenvolvimento de capacidade de comunicação com a criança nos vários estádios de desenvolvimento e sua família	28
3.1.2 Práticas de cuidados, promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.....	32
3.1.3 Práticas de cuidados não traumáticos no alívio da dor à criança e jovem.	36
3.2 Desenvolver competências de EEESCJ na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na transição para a parentalidade	40
3.2.1 – Práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade....	43
3.2.2 – Práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade na prematividade.....	47
3.2.3 – Proposta de revisão do Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém- Nascidos Prematuros.....	50
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

APÊNDICES

Apêndice I - II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia

Apêndice II - 6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria

Apêndice III - Jornal de Aprendizagem

Apêndice IV - Grelha de Observação de Práticas de Cuidados, promotoras da Transição para a Parentalidade

Apêndice V - Grelha de Observação das Intervenções de Enfermagem Parametrizadas no Processo de Enfermagem sobre as Práticas de Cuidados, promotoras da Transição para a Parentalidade na Prematuridade

Apêndice VI - Proposta de Revisão do Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém-Nascidos Prematuros

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 2º ano/3º semestre integrado na unidade curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

A sua finalidade, é documentar o percurso de aprendizagem ao longo dos diferentes contextos de estágio e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ). Concomitantemente, visa dar resposta aos seguintes objetivos propostos na UC Estágio com Relatório: a) desenvolver um projeto sobre uma problemática da prática de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria; b) desenvolver processos de prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família no sentido da maximização da sua saúde, bem como em situações complexas relacionadas com o ciclo de vida.

Desta forma, surge a escolha da temática, **Transição para a Parentalidade na Prematuridade: Intervenções do Enfermeiro Especialista**, bastante importante e pertinente para a enfermagem pediátrica, visando dar resposta a uma inquietude emergente da minha prática profissional e simultaneamente desenvolver competências nos cuidados à criança, jovem e sua família.

A parentalidade é referida na literatura por vários autores, como será evidenciado ao longo deste relatório como uma das transições mais significativas na vida de todos os indivíduos. Se só por si a transição para a parentalidade acarreta grandes mudanças, o que implica adaptações evidentes na vida de todos os elementos da família, ao reportar-me à transição para a parentalidade na prematuridade, este processo torna-se ainda mais complexo. Meleis, Sawyer, Im, Messias & Shumacher (2000) reconhecem os enfermeiros, como os principais cuidadores do cliente e família quando ocorrem transições, por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e por serem eles que melhor os preparam para lidar com essas transições através de aprendizagem e aquisição de competências.

Por sua vez Hockenberry & Barrera (2014) acreditam que para uma prestação de cuidados à criança e família de forma adequada, os cuidados devem ser centrados na família, permitindo uma participação ativa de todos no desenvolvimento do processo de cuidados, partindo de um princípio de negociação e com o objetivo de habilitar e capacitar a família para concretizar o seu projeto de saúde.

Neste âmbito, este relatório reflete duas vertentes: facilitar a transição para a parentalidade em pais de recém-nascidos prematuros, necessidade identificada em momentos de reflexão com a equipa de enfermagem sobre projetos de melhoria contínua, de onde emergiu a proposta de revisão do Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém-Nascidos Prematuros, como estratégia complementar das práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade na prematuridade; simultaneamente, visa dar resposta a uma necessidade de desenvolvimento pessoal e profissional, no âmbito da aquisição de competências de Enfermeiro Especialista (EE) e EEESCJ.

Todo o percurso realizado foi sustentado por evidência científica e pelo quadro de referência, da Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Filosofia de Cuidados Centrados na Família; a componente prática oferecida pelos estágios constituiu a melhor forma de consolidar, interiorizar, e promover a mobilização de diferentes saberes que contribuíram para o desenvolvimento de competências, revelado fundamental e enriquecedora a partilha de conhecimentos, experiências e vivências, com enfermeiros generalistas e especialistas na área desta especialidade e pais de recém-nascidos prematuros que deste projeto fizeram parte.

Este documento irá contemplar um primeiro capítulo onde será apresentada a justificação do problema do ponto de vista experiencial, disciplinar e profissional, suportada por evidência científica atualizada e um segundo capítulo onde será exposto o referencial teórico e filosófico, anteriormente referido e que sustenta o percurso realizado.

No terceiro capítulo, será abordado o percurso formativo: um caminho refletido, de enfermeira generalista a enfermeira especialista (EE), organizado segundo os objetivos delineados, onde serão refletidas as principais atividades

desenvolvidas para a concretização dos respetivos objetivos e aquisição/consolidação de competências de EE e de EEESCJ.

Por último, as considerações finais onde serão apresentados de forma sintetizada, os contributos deste percurso formativo e sua importância para a aquisição de competências como EEESCJ e uma breve referência a projetos futuros.

1. PROBLEMÁTICA

Este percurso de aprendizagem, planeado anteriormente em projeto de estágio foi delineado e centrado na problemática da transição para a parentalidade na prematuridade e nas intervenções do enfermeiro especialista que podem facilitar este processo.

A parentalidade é considerada atualmente, um dos temas de saúde de grande relevância da sociedade. Segundo a OE (2015) provavelmente a questão de saúde pública mais relevante que a sociedade defronta. É da responsabilidade dos enfermeiros pediátricos promover a adaptação para a parentalidade em todas as dimensões, na medida, em que os pais são os melhores cuidadores da criança.

Segundo a versão 2011 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), parentalidade é definida como:

Tomar Conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (OE, 2013, p.64).

Para Canavarro (2001) a transição para a parentalidade pode iniciar-se ainda antes da conceção desde que os pais aceitam o planeamento da gravidez resultante de um desejo consciente, iniciando desde esse momento a transição para uma nova realidade, novos papéis e responsabilidades.

Existem quatro abordagens descritas na literatura sugeridas por Canavarro & Pedrosa (2005) que ajudam a conceptualizar as mudanças e o impacto associados ao processo de transição e adaptação à parentalidade: a teoria da vinculação, que perspetiva a parentalidade centrada na relação entre a pessoa cuidadora que concede proteção e o bebé que procura segurança; uma perspetiva ecológica também assente na relação, onde é valorizado um modelo pessoa-processo-contexto, onde é reconhecida a importância de diversos sistemas sociais bem como da sua interação e de fatores associados no processo de adaptação a esta transição; uma perspetiva desenvolvimentista que considera a transição para a parentalidade como uma fase desenvolvimental, à qual se encontram subjacentes

tarefas específicas e uma abordagem apoiada em teorias de stress e mudança, baseada na conceção de adaptação à crise (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Do ponto de vista desenvolvimental, no qual me vou centrar ao longo deste relatório para conceptualizar a transição para a parentalidade, existem ainda descritas na literatura, tarefas de desenvolvimento características desta transição: Reavaliar e reestruturar a relação com os pais; reavaliar e reestruturar a sua relação com o cônjuge ou companheiro; construir a sua relação com a criança enquanto pessoa separada e reavaliar e reestruturar a própria identidade (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Neste ponto de vista, para que ocorra uma parentalidade efetiva, Barroso & Machado (2014) na sua revisão da literatura sobre as definições, dimensões e determinantes da parentalidade referenciam o modelo integrativo de Hoghughi (2004) onde são preconizadas onze dimensões da parentalidade, subdividindo-as em atividades parentais (conjunto de atividades necessárias para uma parentalidade suficientemente adequada), áreas funcionais (principais aspetos do funcionamento da criança) e pré-requisitos (conjunto de especificidades necessárias para o desenvolvimento da atividade parental).

No que concerne às atividades parentais, destacam-se as dimensões de cuidado, disciplina e desenvolvimento. Respeitantes às áreas funcionais estão envolvidos elementos que se prendem com aspetos do funcionamento da criança que requerem atenção parental, tais como saúde física e mental, comportamento social, funcionamento educativo e intelectual. Por último, os pré-requisitos onde se incluem o conhecimento e compreensão, motivação, recursos e oportunidades (Barroso & Machado, 2014).

Compete aos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, em contacto direto com os pais, assumirem um papel facilitador neste processo transicional e encarar a criança e sua família como parceiros nos cuidados, reconhecendo e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades (OE, 2011). Segundo Meleis (2010) o conhecimento do enfermeiro sobre a natureza das transições quanto ao tipo, padrão e propriedades da transição é essencial para a compreensão do processo transicional que a pessoa/família vivenciam. O objetivo dos seus cuidados é, facilitar transições bem-sucedidas, considerando a pessoa,

especificado na área de pediatria pela OE (2011) como o binómio criança/jovem e a família, como o ator principal do processo, valorizando a sua individualidade multidimensional (Meleis, 2010).

Com o nascimento de um filho prematuro, os pais, além do impacto de serem pais, encontram-se confrontados com o nascimento de um bebé antes do tempo previsto, que não corresponde ao bebé por eles imaginado, com repercussões em toda a família. A transição para a condição de pai/mãe não é um acontecimento isolado, implica a transição para outros papéis, de avô/avó, tio/tia, irmão, processos de transição dificultados com o nascimento de um filho prematuro (Meleis, 2010).

Segundo dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2013) entre 2001 e 2011, ocorreu um aumento da percentagem de nados vivos prematuros de 5,5% para 7,4% em 2011, ou seja, recém-nascidos que nasceram antes das 37 semanas de gestação, independentemente do peso ao nascer (Tamez & Silva, 2006; Askin & Wilson, 2014).

A prematuridade, considerada por Askin & Wilson (2014) como a principal causa de admissões de recém-nascidos nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIN), encontra-se conotada de significados negativos pelos riscos e incertezas que lhes estão inerentes.

O nascimento de um recém-nascido prematuro, com necessidade de internamento na UCIN corresponde a um ponto crítico do processo transicional que os pais vivenciam com o nascimento de um filho, com consequências negativas no processo de transição. Os pais, principais peritos nos cuidados ao seu filho, veem momentaneamente essa capacidade limitada, com perda de controlo da sua vida familiar e do poder parental. Este acontecimento inesperado instiga uma crise cognitiva, física e emocional nos pais, o que pode provocar nos mesmos, sentimentos de culpa, medo, incerteza, solidão, aflição, frustração das fantasias parentais, perda de confiança no próprio filho, assim como do seu papel de pais (Cruz, 2005; Sousa, Araújo, Carvalho & Silva, 2009).

Ao longo da prática profissional, tenho constatado que exercer funções numa UCIN é um desafio constante que requer um conhecimento especializado e competência em várias áreas assim como nos diz Askin & Wilson (2014). Proporcionar um ambiente favorável para o desenvolvimento do recém-nascido

premature, que é um ser vulnerável e altamente dependente, livre de estímulos nocivos e que minimize os efeitos negativos da doença e separação dos pais são aspetos inerentes aos cuidados de enfermagem. É necessário haver consciência das alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais, para existir envolvimento no processo transicional (Meleis, 2010).

Whittingham, Boyd, Sanders & Coldiz (2013) consideram que compreender as experiências e as preferências dos pais de recém-nascidos prematuros, é fundamental para o planeamento das intervenções parentais.

Cleveland (2008) no seu estudo sobre as intervenções de enfermagem, reconhecidas pelos pais de recém-nascidos internados numa UCIN como importantes para o desenvolvimento das competências parentais identificou as seguintes intervenções: preparar os pais durante o período pré-natal sobre as especificidades da UCIN; fornecer orientações aos pais no momento da admissão do recém-nascido na UCIN; fornecer toda a informação e envolver ativamente os pais no processo de tomada de decisão; envolver os pais nos cuidados ao recém-nascido, sempre que possível; apoiar emocionalmente os pais mostrando disponibilidade; implementar cuidados para o desenvolvimento; ter como prioridade cuidados de enfermagem de alta qualidade e, ter inerente na visão/missão hospitalar a capacitação dos pais e os cuidados centrados na família.

A necessidade de informação/comunicação e suporte emocional são identificadas por Mok & Leung (2006); DeRouck & Leys (2009); Mundy (2010) como as principais necessidades evidenciadas pelos pais de recém-nascidos internados na UCIN. Por sua vez, Rodrigues (2010); Roque & Costa (2014), referenciam a necessidade de supervisão, orientação e educação para a saúde como instrumentos fundamentais para potencializar as capacidades dos pais nos cuidados ao seu filho.

Durante a minha prática profissional, tenho observado também, que muitos pais de recém-nascidos prematuros vivenciam o dia da alta do hospital com um misto de sentimentos. Felicidade por chegar o dia pelo qual esperam dias, semanas, meses mas também de grande ansiedade por deixarem a segurança do hospital.

A alta de um recém-nascido prematuro do hospital, não constitui um acontecimento isolado, mas um processo que visa assegurar um suporte de seguimento e preparação dos pais para cuidarem autonomamente do seu filho, com

todas as especificidades inerentes à prematuridade. A construção de um plano de alta, com início no momento do acolhimento e durante todo o internamento, através do envolvimento dos profissionais de saúde e família é considerado fundamental, na perspetiva da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) (2004); OE (2010a); Rodrigues (2010); Roque & Costa (2014), para que no domicílio as necessidades do recém-nascido sejam satisfeitas de forma adequada.

Neste sentido, surge como foco de atenção privilegiado no âmbito deste estágio, a temática da transição para a parentalidade na prematuridade e as intervenções do enfermeiro especialista que podem facilitar este processo pela pertinência que assume para a enfermagem pediátrica, visando dar resposta a uma inquietude emergente da minha prática profissional, em facilitar a transição para a parentalidade em pais de recém-nascidos prematuros, nomeadamente, através da elaboração de uma proposta de revisão do Guia de Aconselhamento aos Pais que se tem revelado um instrumento bastante útil neste processo, e simultaneamente, responder a uma necessidade de desenvolvimento pessoal e profissional, no âmbito da aquisição de competências do Enfermeiro Especialista (EE) e EEESCJ.

Para este percurso formativo foram assim delineados os seguintes objetivos: **Promover a maximização de desenvolvimento da criança e do jovem**, através do desenvolvimento de capacidades de comunicação com a criança/jovem, adequadas ao seu estadio de desenvolvimento e sua família, práticas de cuidados promotoras de crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem e cuidados não traumáticos; **Desenvolver competências de EEESCJ na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na transição para a Parentalidade**, através do desenvolvimento de práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade e parentalidade na prematuridade, e elaboração de uma proposta de revisão do Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém-Nascidos Prematuros, como estratégia complementar, necessidade identificada em momentos de reflexão com a equipa de enfermagem sobre projetos de melhoria contínua.

Realço ainda como principais domínios de competências do EEESCJ a desenvolver: **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**, nomeadamente a unidade de competência 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 e, **Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**, no qual se incluem as unidades de competência, Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.

Por outro lado, como competências comuns do EE a desenvolver destaco a competência no domínio da melhoria da qualidade: **Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade**, nomeadamente a unidade de competência, Planeia programas de melhoria contínua, e a competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: **Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**, nomeadamente a unidade de competência, Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Teoria das Transições de Afaf Meleis

Transição é um conceito que tem sido alvo de diversas definições, embora, assente no pressuposto de que a mudança das condições pessoais e ambientais exige de cada pessoa processos adaptativos a novas realidades, papéis e responsabilidades. Segundo Meleis (2010.p.41) as transições são definidas como “processos que ocorrem ao longo do tempo, envolvendo desenvolvimento, fluxo ou movimento de um estado para o outro”. A sua duração é imprevisível uma vez que o processo de transição é experienciado por cada pessoa individualmente.

A teoria das transições de Afaf Meleis (figura 1) é uma teoria de médio alcance criada e desenvolvida com o objetivo dos enfermeiros identificarem, compreenderem e orientarem as pessoas que se encontram em processo de transição. Na sua teoria, Meleis (2010) considera três domínios fundamentais aos processos de transição e que guiam as práticas de enfermagem: a natureza das transições, condições facilitadoras e inibidoras da transição e padrões de resposta traduzidos por indicadores de processo e de resultado.

Quanto à sua natureza, esta autora defende que as transições podem ser do tipo desenvolvimental (associada a mudanças no ciclo vital), situacional (relacionadas com acontecimentos que originam alterações de papéis como por exemplo o nascimento de um filho), de saúde/doença (passagem de um estado de bem-estar para um estado de doença) e organizacional (desencadeadas pelas mudanças num ambiente social, político ou económico), (Meleis et al., 2000). Independentemente do tipo de transição que a pessoa vivencia, provoca alterações na sua vida e por conseguinte acarreta repercussões na sua saúde e bem-estar.

Cada pessoa pode vivenciar mais que uma transição simultaneamente. Os padrões de transição incluem transições simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas.

Cada transição caracteriza-se por ser única, complexa e multidimensional e apresenta propriedades como a consciencialização (relacionada com perceção, conhecimento e identificação da experiência de transição), envolvimento (nível de

envolvimento que a pessoa demonstra no processo de transição), mudança e diferença (sentir-se diferente, ser percebido como diferente ou perspetivando o mundo e os outros de diferentes modos), espaço temporal da transição (todas as transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo), acontecimento e pontos críticos (algumas transições estão associadas a um evento identificável que serve de referência, enquanto noutras poderão não ser tão evidentes), (Meleis, 2010). Estas propriedades relacionam-se num processo complexo e único que reflete a individualidade holística de cada pessoa e o modo como experiencia a sua realidade transicional.

Meleis et al. (2000) defendem ainda a existência de condições que facilitam ou dificultam o processo para alcançar uma transição saudável: as condições pessoais (significados; crenças e atitudes; status socioeconómico; a preparação e o conhecimento), a comunidade (suporte familiar; informação; modelos) e a sociedade.

O terceiro domínio da teoria das transições consiste nos padrões de resposta e podem ser de dois tipos: indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo incluem: a compreensão dos diversos processos e pontos críticos da transição. Sentir-se e estar ligado à família e aos profissionais que orientam as pessoas, permitindo uma avaliação antecipada e intervenção de enfermagem (Meleis et al., 2000). Os padrões de resposta, através dos indicadores de resultado, manifestam-se pelo domínio de novas competências e reformulação de identidades. A mestria revela um progresso nas capacidades e competências do indivíduo, que lhe permitem viver a transição com sucesso (Meleis et al., 2000).

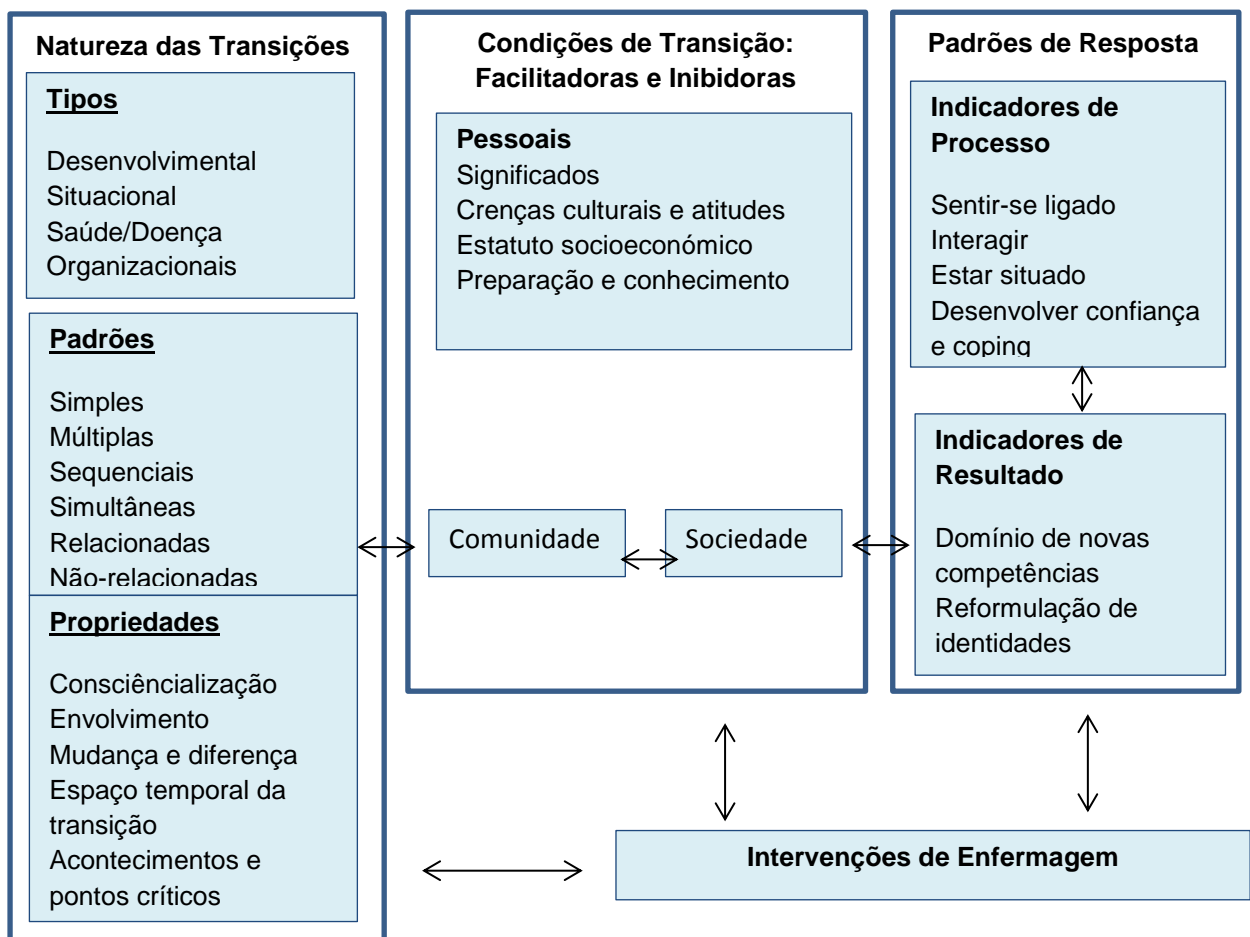
Como indicadores de transições bem-sucedidas podem identificar-se o bem-estar subjetivo, bem-estar nas relações e mestria no desempenho de papéis (Schumacher & Meleis, 1994). Segundo Meleis (2010), transição de papéis, implica mudança de papéis, o que exige que a pessoa integre novos conhecimentos, altere o seu comportamento, bem como a definição de si próprio e do seu contexto social.

A teoria das transições permite uma melhor compreensão do processo de transição que a pessoa vivência. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para o exercício profissional de enfermagem, possibilitando a utilização de estratégias de prevenção, promoção e

intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis et al., 2000). Segundo Meleis (2007) a interação que é estabelecida entre o enfermeiro e o cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde.

A parentalidade é considerada a transição de natureza desenvolvimental que segundo Meleis (2010) recebe maior atenção por parte da disciplina de enfermagem.

Figura 1. Teoria das Transições de Afaf Meleis: Teoria de Médio Alcance



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

2.2 Filosofia de Cuidados Centrados na Família

Os cuidados de enfermagem à criança e família têm como filosofia de cuidar, os Cuidados Centrados na Família, não esquecendo que a família é uma constante na vida da criança (Hockenberry & Barrera, 2014).

Esta filosofia de cuidar pressupõe uma parceria de cuidados entre a família, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Dar suporte, respeitar, encorajar e desenvolver a força e competência da família, reconhecendo a família como perita no cuidado à criança, quer dentro ou fora do contexto da prestação de cuidados de saúde é fundamental (Hockenberry & Barrera, 2014).

Segundo Votroubek & Tabacco (2010); Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons & Neff (2012) existem princípios inerentes à filosofia de cuidados centrados na família: o respeito e a honra pela diferença; parceria e colaboração; negociação e cuidado no contexto da família e comunidade; dignidade e respeito pelas escolhas e perspectivas da família, integrando os seus valores, crenças e cultura nos cuidados; partilha de informação completa, útil e imparcial para a família, levando à sua participação nos cuidados e nas tomadas de decisão; colaboração do enfermeiro e família no desenvolvimento e implementação de políticas e programas.

A criança como ser único, individual, em constante desenvolvimento e consequentemente com necessidades e exigências bem diferenciadas consoante a sua idade, é necessariamente incluída num sistema próprio que é a sua família, inserida em determinado contexto sócio cultural (Redondeiro, Moura, Sousa, Soares, & Lopes, 2003). Concebendo a família como o contexto da criança e do jovem, a intervenção do EEESCJ deve ser focalizada na interdependência criança/jovem/família e ambiente, considerando os fatores protetores e stressores que se encontram associados às suas vivências, atuando em diferentes domínios: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação e cuidados negociados, (OE, 2011).

Segundo Casey (1993) a relação de colaboração com os pais e as intervenções desenvolvidas através do ensino, instrução e treino das competências parentais, o encorajamento na tomada de decisão, respeitando a sua individualidade devem estar presentes quando o objetivo é prestar cuidados de saúde em parceria

com a família. Segundo a OE (2011) é importante reconhecer os pais como os melhores prestadores de cuidados, respeitando e valorizando a sua experiência e os seus contributos nos cuidados.

Deste modo, cabe aos profissionais de enfermagem capacitar as famílias proporcionando-lhes oportunidades para adquirir e desenvolver competências que visem suprir as necessidades das crianças e promover as forças, habilidades e ações da família. Segundo Hockenberry & Barrera (2014) os pais são os peritos no cuidado ao seu filho e o enfermeiro atua na capacitação e *empowerment* de toda a família. O conceito de *empowerment* em saúde é definido pela OE (2009) como um processo através do qual as pessoas adquirem conhecimentos e competências, que proporcionam um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da sua participação e tomada de decisão na área da saúde. Ou seja, reconhecer os indivíduos como sujeitos ativos no seu processo de saúde, considerando que os mesmos têm as capacidades necessárias para adquirirem autonomia.

Segundo Santos, Thiengo, Moraes, Pacheco & Silva (2014), os pais de recém-nascidos prematuros, internados em UCIN convivem com a ansiedade, nomeadamente no período que antecede a alta hospitalar que corresponde a um período de grande expectativa, associado a maior responsabilidade e sentimentos de insegurança e medo de cuidar do recém-nascido no domicílio. Através do processo de empoderamento das mães e [pais] (processo social de reconhecimento, promoção e utilização das competências pessoais de forma a reconhecerem as suas próprias necessidades, a resolverem os seus próprios problemas e mobilizarem recursos), as mães e [pais] sentem-se mais fortes e capazes de cuidarem dos seus filhos, além de se tornarem mais capacitadas sobre as tomadas de decisão.

3. PERCURSO FORMATIVO: UM CAMINHO REFLETIDO... DE ENFERMEIRA GENERALISTA A ENFERMEIRA ESPECIALISTA

Neste capítulo, pretendo descrever o percurso realizado nos diferentes contextos de estágio, bem como expor e refletir sobre os objetivos que estiveram na sua origem, as atividades realizadas para a sua concretização e as competências desenvolvidas e adquiridas como EEESCJ.

A metodologia utilizada para a sua elaboração baseou-se na metodologia de projeto, descritiva e crítico reflexiva, com recurso a pesquisa bibliográfica nas bases de dados Medline, Cinahl e Scielo sobre a problemática em análise e assentou na reflexão pessoal sobre o percurso desenvolvido enquanto profissional e enquanto estudante na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Com o objetivo de desenvolver capacidades e competências em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, este percurso refletiu duas vertentes, sendo uma delas, promover a maximização de desenvolvimento da criança e do jovem, dando resposta a uma necessidade de desenvolvimento pessoal e profissional e a outra, facilitar a transição para a parentalidade em pais de recém-nascidos prematuros.

Neste sentido, delineei como objetivos gerais:

- **Promover a maximização de desenvolvimento da criança e do jovem**
- **Desenvolver competências de EEESCJ na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na transição para a parentalidade.**

Numa primeira abordagem serão expostos conteúdos reflexivos em resposta ao objetivo geral: **Promover a maximização de desenvolvimento da criança e do jovem**, de acordo com os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver capacidades de comunicação com a criança nos vários estádios de desenvolvimento e sua família (transversal a todos os contextos de estágio);
- Desenvolver práticas de cuidados, promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem (individualizado para o contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP)).

Não delineado inicialmente no projeto de estágio, foi posteriormente definido ainda como objetivo específico, transversal a todos os contextos de estágio:

- Desenvolver práticas de cuidados não traumáticos no alívio da dor à criança e jovem.

Tal como contextualizado anteriormente, o objetivo geral, **Desenvolver competências de EEESCJ na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na transição para a parentalidade**, visa a temática primordial deste relatório, área de intervenção na Unidade onde exerço funções. No âmbito deste objetivo geral, transversalmente a todos os contextos de estágio, foi delineado o seguinte objetivo específico:

- Analisar práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade.

Como resposta a este objetivo, as principais atividades desenvolvidas e aprendizagens serão descritas, potencializando e legitimando a intervenção realizada no último contexto de estágio (UCIN), com os seguintes objetivos específicos delineados:

- Analisar práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade na prematuridade;
- Desenvolver uma proposta de revisão do Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém-Nascidos Prematuros.

De seguida, serão descritas sucintamente as atividades mais significativas, desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, bem como as principais aprendizagens adquiridas, fruto de um processo reflexivo sobre as experiências vivenciadas durante o estágio.

O percurso formativo decorreu em diferentes contextos da área da saúde infantil e pediátrica (Serviço de Urgência, Internamento, CSP e Cuidados Intensivos Neonatais), onde procurei desenvolver uma prática reflexiva na procura da excelência dos cuidados.

A escolha das unidades de saúde para a realização do estágio em contexto de internamento e de CSP, foi motivada pelo desejo de conhecer diferentes instituições de saúde e pela articulação de cuidados com as mesmas. A realização do estágio em contexto de urgência foi efetuado na instituição onde exerço funções

por ser o Serviço de Urgência de referência para recém-nascidos anteriormente internados na Unidade onde desempenho funções. Por último, o estágio em contexto de cuidados intensivos, que decorreu no meu local de trabalho (UCIN) visando dar resposta a uma necessidade identificada em conjunto com a equipa de enfermagem, e facilitar a transição para a parentalidade em pais de recém-nascidos prematuros.

Todo o percurso formativo, locais de estágio e duração da experiência nos contextos, foi ao encontro da operacionalização dos objetivos delineados e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESCJ.

Em complemento às atividades delineadas para a consecução dos objetivos anteriormente referidos, importa ainda referir a participação no II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia e no 6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria, que permitiram a reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem (Apêndice I e II).

No II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia todos os temas foram centrados no cuidar para o desenvolvimento no recém-nascido prematuro e subdivididos segundo as seis categorias de enunciados descritivos definidos pela ordem dos enfermeiros relativas ao bem-estar e autocuidado; promoção da saúde; prevenção de complicações; readaptação funcional; organização dos cuidados e satisfação do cliente (OE, 2001).

Foram ainda enfatizados três focos de atenção de enfermagem: Vinculação, Amamentação e Papel Parental e salientada a importância de um padrão documental estruturado relativo às intervenções de enfermagem, como estratégia facilitadora da transição para a parentalidade na prematuridade e garantir um papel parental adequado.

Intervenções promotoras das competências do recém-nascido prematuro no âmbito do seu comportamento interativo, promoção do contacto físico entre o recém-nascido prematuro e os pais, promoção da amamentação e competências parentais, através de intervenções de ensino, instrução e treino dos pais, constituem algumas das intervenções do EEESCJ que foram abordadas neste encontro com especial relevo para o meu relatório, que considero fundamentais na minha prática de

cuidados e que são consideradas pela ordem dos enfermeiros como importantes na procura da excelência do exercício profissional (OE, 2011).

No 6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria, os temas abordados foram: Recursos de Suporte Parental, Novas Tendências, Rosto da Violência e Era Digital. Temas bastante atuais e importantes para a enfermagem pediátrica.

A importância da parceria de cuidados entre a criança/jovem e família/pessoa significativa e os profissionais de saúde bem como a articulação entre os diferentes níveis de cuidados foram premissas inerentes a todas as comunicações e com especial relevância para o meu relatório.

Na procura da excelência do seu exercício, é imprescindível que os enfermeiros reúnam os conhecimentos que provêm da investigação bem como da prática clínica. Refletir sobre as nossas práticas e fazer autocrítica das mesmas, são processos que nos ajudam a crescer, tanto profissionalmente como a nível pessoal. Também, Pereira (1995) refere que o objetivo da reflexão sobre as práticas é aumentar a confiança dos profissionais no seu desempenho e melhorar a capacidade de fazer o certo, abordar a enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático e adquirir conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas. Ideia reforçada por Rebelo (1996, p.16) que defende que “ a teoria sem a perspetiva prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega”.

3.1 Promover a maximização de desenvolvimento da criança e do jovem

A enfermagem de saúde da criança e do jovem confronta-se com importantes desafios que advêm da atual situação das crianças em Portugal. São de salientar, a diminuição das taxas de natalidade, os acidentes (domésticos, viação, afogamentos, quedas, asfixia, traumatismos, queimaduras, engasgamento por objetos, ferida acidental, intoxicações, corte) como causa importante de morbilidade e incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens, bem como, o aumento de doença crónica (doenças alérgicas, diabetes). É, ainda, importante referir o aumento do sedentarismo, dos desequilíbrios nutricionais, dos comportamentos aditivos, da pobreza e da exclusão social entre os jovens (OE, 2011).

Segundo a OE (2010a, p,9) o papel do EEESCJ visa:

um modelo que se centra nas respostas às necessidades da criança e família, binómio encarado como o beneficiário dos seus cuidados e que é informado pelos valores: reconhecimento da criança como ser vulnerável, valorização dos pais/pessoa significativa como os primeiros prestadores de cuidados, maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança. Preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família.

Os enfermeiros traduzem o grupo profissional com maior relevância na garantia do acesso da população aos cuidados de saúde de qualidade, o que faz com que assumam um papel importante na educação e aconselhamento aos pais (OE, 2010a).

Não existe uma preparação totalmente completa para os pais conseguirem dar resposta a todas as necessidades que a criança apresenta constantemente. No entanto, segundo Hockenberry (2014) os enfermeiros podem oferecer sugestões, que os ajudam a tornarem-se melhores pais.

Assegurar a maximização de desenvolvimento da criança e do jovem é uma das competências do EEESCJ. Tendo este, um papel importante na promoção de saúde no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, tendo por princípio a transmissão de orientações à família com vista à maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Neste sentido, preconiza-se a intervenção da enfermagem especializada em saúde da criança e do jovem, que presta cuidados de nível avançado com

segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o auto cuidado e a parceria de cuidados com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre, mobilizando recursos de suporte.

Deste modo, o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção e maximização da saúde da criança e jovem visou a aquisição de capacidades de comunicação com criança/jovem e família, a promoção de práticas promotoras de crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem bem como realizar práticas de cuidados não traumáticos no alívio da dor.

Considero que uma prática assente na filosofia de cuidados centrados na família, bem como de práticas de cuidados não traumáticos no alívio da dor da criança e jovem, depende diretamente das competências desenvolvidas pelo enfermeiro para comunicar, tendo em conta intervenções ao nível dos domínios de envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação, mobilizando princípios e estratégias de comunicação adequadas aos estádios de desenvolvimento, promovendo o desenvolvimento infantil, estabelecendo eficazmente uma comunicação efetiva.

3.1.1 Desenvolvimento de capacidade de comunicação com a criança nos vários estádios de desenvolvimento e sua família

A monitorização do desenvolvimento infantil, segundo a OE (2010a) envolve uma intervenção inicial. Consiste na identificação de dados da família e da criança desde a fase pré-natal até ao tempo atual, valorizando o padrão sociocultural da família; identificação dos padrões de desenvolvimento inerentes a cada faixa etária; comunicação com a criança e a família utilizando técnicas apropriadas à idade/estádio de desenvolvimento e escutar os pais, valorizando fatores circunstanciais, focalizando a relação pais/filhos.

O exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Saúde da criança e do Jovem, é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica que evidencia os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e nos processos comunicacionais que lhe estão subjacentes (...).OE (2011, p.5)

Desta forma, a comunicação em enfermagem pediátrica constitui um instrumento básico do cuidado, através do qual é possível estabelecer um vínculo com a criança jovem e família satisfazendo as suas necessidades. O EEESCJ deve ser um perito em estratégias e técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família.

Segundo Phaneuf (2005, p. 23)

a comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.

Ao longo do percurso formativo, foram várias as situações de interação/comunicação que estabeleci com a criança/jovem e sua família. Todas as situações experienciadas foram realizadas num ambiente acolhedor e informal, garantindo desde o primeiro contacto com a criança/jovem e família um contexto apropriado para o estabelecimento da comunicação, na medida que uma atitude acolhedora e efetiva demonstrada através do olhar, do tom de voz, ou do toque poderão estabelecer vínculo terapêutico mais eficaz (Calvetti, Silva & Gauer, 2008).

A utilização de uma comunicação personalizada, simples e apropriada ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e sua família tendo em conta o seu contexto sociocultural, nível de conhecimento e estado emocional foram também pressupostos tidos em conta e que segundo Hockenberry (2014) são fundamentais para o estabelecimento de uma comunicação efetiva. Segundo esta autora, os enfermeiros devem utilizar uma apresentação adequada, garantindo privacidade e confidencialidade. Adequar a comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança, incentivar o envolvimento dos pais, escutá-los cuidadosamente, usar o silêncio e empatia são técnicas de comunicação fundamentais (Hockenberry, 2014).

Nas situações de hospitalização (Serviço de Urgência, Internamento e Cuidados Intensivos), durante o acolhimento da criança, jovem e família, sempre que possível, foi realizada uma visita guiada e explicadas as normas de funcionamento, assegurando aos pais a possibilidade de permanecerem junto do seu filho caso o desejassem.

Como complemento das orientações transmitidas, em todas as situações foi entregue o Guia de Acolhimento à criança/jovem e pais/pessoa significativa, demonstrando sempre disponibilidade para o esclarecimento ou orientações que pudessem surgir posteriormente. Segundo Brito (2006) se as crianças e os pais se sentirem realmente acolhidos, irão sentir-se mais à vontade para colocar dúvidas e mais recetivos às restrições impostas face ao internamento, mais calmos e colaborantes na prestação de cuidados.

Tavares (2008) defende ainda que perante a necessidade de hospitalização a criança é submetida a um internamento num hospital para procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos, durante o qual é indispensável proceder-se a uma orientação das crianças e famílias para que as mesmas possam enfrentar as experiências que lhes irão acontecer durante a hospitalização.

Após o primeiro contacto, a obtenção da história completa e detalhada da criança, nomeadamente sobre a sua rotina diária, as suas preferências e proporcionar a possibilidade de os pais trazerem para o internamento um objeto pessoal da criança que lhe fosse significativo, foram cuidados que estiveram presentes na minha prática diária e que segundo Sanders (2014), constituem estratégias que minimizam os efeitos da separação.

Em todos os contextos, quer em situação de urgência, consulta ou internamento, sempre que possível, procurei envolver as crianças, jovens e famílias no planeamento dos seus cuidados e nas tomadas de decisão, pensamento partilhado por Sanders (2014) que defende que subjacente à filosofia de enfermagem está a colaboração entre os enfermeiros e os pais, que conjuntamente, trabalham no cuidar holístico da criança, de modo a dar resposta a todas as suas necessidades.

Entre as várias atividades desenvolvidas, saliento as atividades lúdicas e expressivas adequadas ao desenvolvimento da criança. A participação em jogos, ler em voz alta, histórias infantis e participar em pinturas foram algumas das atividades que desenvolvi individualmente com a criança e, em colaboração com a educadora (nas situações de internamento) as quais considero terem sido essenciais para minimizar o stress face à hospitalização, na medida em que o brincar é fundamental para o bem-estar mental, emocional e social das crianças (Sanders, 2014). Por sua

vez, Maia, Ribeiro & Borba (2011) referem o brincar como estratégia adequada para os enfermeiros se aproximarem das crianças, estabelecerem ligação, empatia e relação de confiança.

Saliento ainda, a oportunidade proporcionada ao longo do percurso formativo de desenvolvimento da capacidade de comunicação com adolescentes nos diferentes contextos de estágio, uma das minhas maiores lacunas pela pouca experiência profissional na área, bem como, a possibilidade de reflexão sobre a temática, o que constituiu um desafio acrescido pelas particularidades que este estágio de desenvolvimento apresenta, da dualidade *Identidade versus Confusão* que caracteriza o seu desenvolvimento psicossocial. Segundo Erikson (1968), a principal tarefa da adolescência é a formação de identidade. As pessoas, com as quais se relacionam servem de espelhos que refletem a informação sobre quem são e o que devem ser (Saewyc, 2014).

Considero que a capacidade de escuta e observação da comunicação não-verbal com adolescentes, foi um aspeto pouco praticado na minha prática de cuidados na fase inicial do percurso formativo, nomeadamente no serviço de urgência, tendo por vezes assumido uma postura passiva o que não facilitou o estabelecimento da relação. Segundo Hockenberry (2014) os adolescentes facilmente aceitam as pessoas que demonstram verdadeiro interesse em si, no entanto, rapidamente rejeitam as pessoas que revelam ter pouco respeito pelo que eles pensam ou dizem.

Com o decorrer dos estágios esta dificuldade foi sendo colmatada através de pesquisa bibliográfica complementar sobre técnicas de comunicação, de momentos de partilha de experiências com as enfermeiras especialistas nos diferentes contextos de estágio e pela minha prática reflexiva como ilustrado num jornal de aprendizagem realizado (Apêndice III).

Realço o trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria no âmbito da formação sobre a abordagem ao adolescente, que desenvolveu vários guias de atuação, nomeadamente: *Adolescência sem Risco* e *Compreender a Adolescência*, que me foram facultados e que também me ajudaram a superar esta dificuldade.

Com o decorrer dos estágios, à medida que fui consolidando conhecimentos sobre a temática e experienciando novas situações com adolescentes, procurei assumir uma postura diferente. Passei a direcionar o meu discurso para o adolescente, demonstrando durante o decurso da comunicação disponibilidade, escuta ativa sem induzir resposta ou interromper o seu discurso, evitando juízos de valor e silêncios prolongados, assegurando-lhes confidencialidade e o direito à privacidade, alguns dos pressupostos da comunicação com o adolescente referenciados no Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (entrevista aos adolescentes) OE (2010a).

A capacidade de comunicação representa para o EEESCJ, domínio essencial promotor da relação de parceria e excelência de cuidados à criança/jovem e família. A possibilidade de interação/comunicação, proporcionada ao longo dos diferentes contextos de estágio constituiu sem dúvida uma mais-valia no desenvolvimento da capacidade de comunicação e, uma das competências que considero mais importantes, a qual necessitei aprofundar e desenvolver durante este percurso formativo.

Deste modo, penso ter atingido o objetivo delineado, permitindo o desenvolvimento da unidade de competência **Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura.**

3.1.2 Práticas de cuidados, promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem

O enfermeiro em pediatria é responsável pela promoção da saúde e bem-estar da criança e família. Para tal, é necessário um plano de cuidados individualizado, o qual deve envolver uma avaliação minuciosa de todos os aspetos de crescimento e desenvolvimento da criança e caso sejam identificados problemas, o enfermeiro deve intervir diretamente ou encaminhar a família para outro profissional ou serviço de saúde. A melhor abordagem para a prevenção é a educação e a orientação antecipatória (Hockenberry & Barrera, 2014).

O papel do EEESCJ, visa primordialmente a proteção da criança, atendendo à vulnerabilidade que a caracteriza, promovendo a sua aquisição global de

competências e autonomia, tendo como princípios orientadores “ (...) a maximização e potenciação da saúde, a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios, (...) e o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção” (OE, 2011, p.5).

“Promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo” (OE, 2010a, p.71).

As consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil são, entre outras atividades de enfermagem, uma oportunidade para orientar e ensinar os pais para que possam compreender o desenvolvimento dos seus filhos, bem como, para instruir e treinar os pais preparando-os de forma antecipada para os desafios de cada idade, promovendo as suas competências individuais e coletivas e autonomia no ambiente familiar.

A promoção da saúde através dos cuidados antecipatórios, proporcionando aos pais os conhecimentos e habilidade de aprendizagens necessárias para o desempenho adequado do papel parental é o ponto-chave destas consultas.

Segundo Gomes (2009) as consultas de saúde infantil são um lugar privilegiado para o enfermeiro ajudar os pais a conhecer melhor o seu filho, esclarecendo dúvidas e preparando-os para problemas comuns da primeira infância, capacitando-os para uma relação de proximidade e maximização do seu potencial de desenvolvimento. Ideia corroborada pelo Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança) OE (2010a), que defende que os enfermeiros têm um papel decisivo na educação e aconselhamento aos pais.

É da competência do EEESCJ a avaliação do estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança e proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global da criança, legitimando os prestadores de cuidados diretos como os principais promotores de desenvolvimento (OE, 2010a).

Ao longo do estágio realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) em contexto de CSP, foram várias as práticas de cuidados, promotoras de crescimento e desenvolvimento infantil que realizei e que permitiram dar resposta a um dos objetivos gerais anteriormente delineados de promover a maximização de

desenvolvimento da criança e do jovem e desenvolver a unidade de competência

Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

Na consulta autónoma de enfermagem, tive oportunidade de realizar várias intervenções de enfermagem que vão ao encontro do preconizado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ,2013). Fiz a avaliação do desenvolvimento infantil de crianças em diferentes faixas etárias através da mobilização da escala de Mary Sheridan; promovi comportamentos promotores de saúde (nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados, prática regular de exercício físico, o brincar, e outras atividades de lazer em espaços livres e a gestão do stress); ensinei e instruí os pais sobre medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes, nomeadamente, sobre a utilização correta da cadeira e colocação dos cintos de segurança para transporte de recém-nascidos nos veículos automóveis; promovi o aleitamento materno através do ensino sobre as vantagens do aleitamento materno, ensino e instrução da técnica correta de amamentação e cuidados às mamas e mamilos durante a amamentação, enfatizando a importância de uma alimentação saudável.

Tive ainda, oportunidade de imunizar crianças de diferentes faixas etárias de acordo com o plano nacional de vacinação (PNV); promover a saúde oral através de ensinamentos aos pais e crianças sobre a importância da lavagem frequente dos dentes e exemplificação da técnica correta, auxiliando-me de folhetos explicativos fornecidos durante a consulta; detetar situações de possível comprometimento da qualidade de vida da criança e do adolescente (perturbações da visão e linguagem, obesidade) e respetivos encaminhamentos; atuar em situações de doenças comuns nas várias idades, nomeadamente através do reforço do papel parental. A avaliação da relação emocional pais/criança e o estímulo do exercício adequado das responsabilidades parentais foram intervenções inerentes a todas as consultas.

Para além das intervenções anteriormente mencionadas, a avaliação do risco de maus-tratos foi também uma intervenção que realizei neste contexto e que se encontra contemplada no PNSIJ, enquadrando-se nas funções do EEESCJ no sentido a que a este compete: assistir a criança/jovem e a família na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial

complexidade, bem como prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2010b).

Os maus tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática e insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade, dos indivíduos (...) (Direção Geral de Saúde (DGS), 2008, p.7).

Uma das minhas maiores dificuldades neste contexto de estágio prendeu-se com o défice de conhecimentos na mobilização da escala de avaliação de desenvolvimento infantil Mary Sheridan, dificuldade facilmente ultrapassada com o apoio e disponibilidade da enfermeira especialista, bem como, pela acessibilidade de informação e acesso à escala integrada nos registos de enfermagem informatizados.

De salientar como uma das mais-valias deste contexto de estágio, ter como experiência, uma participação ativa na Consulta Autónoma de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, implementada desde Maio de 2015 na USF. Esta consulta é realizada apenas pela EEESCJ e sustentada por um protocolo elaborado para a Unidade, de acordo com a calendarização de idades chaves, preconizadas nesse mesmo documento, que correspondem a períodos importantes na vida da criança. O seu principal objetivo é garantir os cuidados de saúde adequados e eficientes às crianças e jovens desde o nascimento até aos 18 anos de idade que se encontram inscritos na Unidade de Saúde, sem médico e com médico de acordo com as seguintes idades chave (1ª consulta nos primeiros 8 dias de vida, 4 M, 9M, 15M, 18M, 3A, 4A, 6/7A, 8A, 10A).

Estas consultas facultaram momentos únicos de aprendizagem, onde desenvolvi competências na avaliação do desenvolvimento e, crescimento da criança e do jovem. O facto desta consulta, ser realizada autonomamente pelo enfermeiro, revela grande autonomia de enfermagem nos cuidados à criança /jovem e sua família.

Outro aspeto positivo deste contexto de estágio, que considerei importante para a avaliação do desenvolvimento infantil e observação da criança durante a consulta, foi a existência de brinquedos e objetos adaptados a diferentes idades, conforme contemplado no PNSIJ. Estes pormenores presentes na sala, tais como,

livros para colorir e desenhar, cubos para a criança brincar ou formar uma “torre” (consoante a sua idade), palavras soltas para a criança formar frases simples, foram estratégias fundamentais, adequados às atividades promotoras do desenvolvimento infantil, que me auxiliaram na avaliação das capacidades da criança e, avaliação do seu desenvolvimento, assim como, a minha interação com a criança.

Foi também essencial e de especial relevância para a minha aprendizagem neste contexto de estágio, o estudo do PNSIJ, relevando a orientação dada aos pais e à criança no âmbito dos cuidados antecipatórios, de acordo com as diferentes idades chave. De referir ainda como importante recurso, o Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança) da OE (2010a).

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil assumiu particular importância na aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente, a unidade de competência **Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil**, permitindo atingir o objetivo delineado.

3.1.3 Práticas de cuidados não traumáticos no alívio da dor à criança e jovem

A doença e a hospitalização representam uma mudança do estado habitual de saúde e, da rotina familiar a que a criança está habituada e, os mecanismos que lhes permitem lidar com os fatores potenciais geradores de stress são limitados.

Os principais fatores stressantes da hospitalização em pediatria, segundo Sanders (2014) são a separação dos pais ou pessoas significativas, medo do desconhecido, perda de controlo e autonomia, lesão corporal e o medo da morte. A forma como cada criança gere estes fatores depende não só da sua idade, como também do seu estágio de desenvolvimento e das experiências anteriores vivenciadas.

Perante a hospitalização, a criança tem que lidar permanentemente com um ambiente desconhecido, com os tratamentos, estabelecer relações com diferentes profissionais de saúde e ainda encontrar um sentido para a doença, adversidades inerentes face ao internamento. Todos estes aspetos constituem exigências para as quais a criança necessita de mobilizar recursos, como refere Barros (2003).

Embora atualmente se valorize uma prestação de cuidados de enfermagem à criança e família o menos traumática possível, o que se verifica nos contextos da prática clínica é que muitos procedimentos e técnicas que se realizam são dolorosos e ameaçadores. Intervenções seguras e eficazes por parte dos profissionais de saúde que minimizem esses efeitos na criança, jovem e família são fundamentais.

Segundo Hockenberry & Barrera (2014) para além dos cuidados centrados na família que reconhece esta como uma constante na vida da criança, é importante que os profissionais desenvolvam cuidados não traumáticos que os mesmos definem como “ intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares (...) (Hockenberry & Barrera, 2014, p. 11).

Os conhecimentos e as competências desenvolvidos pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que prestam cuidados diretos à criança, jovem e família são fundamentais para minimizar os efeitos da hospitalização.

É imprescindível atender a todos os aspetos que constituem potenciais fatores geradores de stress, tentando otimizá-los de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, embora não delineado anteriormente no meu projeto de estágio, uma das competências que desenvolvi no meu percurso formativo e que considero fundamental enquanto EEESCJ foi a unidade de competência **Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/ jovem, otimizando as respostas.**

Durante o percurso formativo, em todas as intervenções que realizei associadas a procedimentos dolorosos tive em conta o estágio de desenvolvimento da criança/jovem, experiências anteriores no que respeita a procedimentos dolorosos, a necessidade de privacidade da criança/jovem, ou o respeito pelas escolhas da criança/família. Investi a minha atuação na realização de práticas de cuidados não traumáticos, mobilizando estratégias não farmacológicas na prevenção e minimização da dor e/ou lesão corporal. Segundo Jacob (2014) a experiência da dor nas crianças é influenciada pela sua idade, nível de desenvolvimento, causa e natureza da dor, assim como pela capacidade que a criança tem em exprimir a sua dor.

Segundo Sanders (2014) em lactentes e *toddlers*, manter o contacto físico entre pais e criança, como por exemplo, colocando a criança ao colo de um dos pais, com os pais abraçados à criança, é o método mais eficaz para a realização de procedimentos dolorosos. A mesma autora defende ainda que depois de um ano de vida todas as crianças receiam a lesão corporal ou a mutilação, pelo que, preparar as crianças para procedimentos dolorosos reduz os seus medos.

No Internamento e Serviço de Urgência aquando de punções venosas, colheitas de sangue e tratamentos em lactentes e recém-nascidos, recorri várias vezes ao uso da sacarose associada à sucção não nutritiva, bem como estratégias de distração através da utilização de brinquedos, possibilitando e incentivando a permanência dos pais durante a realização dos procedimentos. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor que se têm revelado bastante eficazes na minha prática de cuidados e corroboradas em alguns estudos referidos por Jacob (2014).

No contexto dos CSP como estratégia não farmacológica de alívio da dor em recém-nascidos e lactentes, recorri maioritariamente à técnica de amamentação, sobretudo durante a realização de rastreio de doenças metabólicas e vacinação, procedimentos mais frequentes, tendo constituído também uma técnica bastante eficaz.

Em todas as situações, procurei criar um ambiente propício à realização do procedimento doloroso, incentivando a presença dos pais e adotando em parceria, estratégias para minimizar a dor, como o colo, a sucção não nutritiva ou a amamentação.

Em todos os contextos de estágio, o brincar e a exemplificação num boneco ou nos pais, foi uma técnica que utilizei nas crianças em idade *toddler* durante a realização de procedimentos dolorosos e em crianças a partir da idade escolar, a explicação prévia do procedimento, do motivo da dor, a estimulação do autocontrolo pelo ensino de medidas simples como respirar lentamente e de forma ritmada, inspirar pelo nariz e expirar pela boca, e o estabelecimento de limites temporais foram utilizados como estratégias importantes. Perspetiva apoiada por Fernandes (2000, p.117) que salienta que, “a compreensão da dor, a perceção do seu controlo e a expectativa de alívio, contam-se entre os fatores que influenciam a perceção da dor na criança”.

Segundo Batalha (2010) os técnicos de saúde devem respeitar alguns princípios que garantam não só os direitos da criança, jovem e família como são igualmente úteis no controlo da dor.

O conceito de cuidados não traumáticos representa uma tendência promissora e orientadora na qualidade dos cuidados à criança centrados na família, constituindo um modelo de cuidados de intervenção essencial para o EEESCJ complementando o conceito de parceria de cuidados.

Considero nesta fase do relatório, ter atingido os objetivos propostos inicialmente, com a consciência de ter construído o alicerce para o desenvolvimento de competências específicas do EEESCJ, nomeadamente **Assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde** e respetivas unidades de competência já referidas anteriormente. Evoluindo, qualitativamente as capacidades de comunicação com a criança/jovem e família nos vários estádios de desenvolvimento, realizando e desenvolvendo práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento infantil/juvenil, promovendo a parceria de cuidados e minimizando o efeito traumático associado aos procedimentos dolorosos.

3.2 Desenvolver competências de EEESCJ na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na transição para a parentalidade

A doença e a hospitalização são acontecimentos que surgem inesperadamente, que segundo a OE (2015) podem provocar dor e sofrimento às famílias e dificultar a adaptação à parentalidade, descrita na literatura, como uma das transições mais importantes e significativas do ser humano.

De entre as transições que acompanham o ciclo de vida dos indivíduos, a que se destaca entre as demais é o momento em que se transformam em pais ou em mães, pela responsabilidade, pelas mudanças que envolve e pela adaptação que o nascimento de uma criança provoca no seio da família (OE, 2015).

A transição para a parentalidade é caracterizada pela sua irreversibilidade. Por outro lado, está em constante transformação, cada estágio de desenvolvimento requer uma nova adaptação nas suas expectativas, sentimentos, comportamentos e preocupações (Cruz, 2005 citado por Garcês, 2011).

De facto, a opção de tornar-se pai e tornar-se mãe é assumir um compromisso irreversível, particularidade que distingue a parentalidade das restantes transições. Afigura-se como uma das transições que ocorrem durante o desenvolvimento da vida dos indivíduos, razão pela qual foi designada por Meleis et al. (2000) e Mercer (2004) como uma transição desenvolvimental.

A transição para a parentalidade é uma fase de grande vulnerabilidade e de instabilidade na vida dos casais e, a forma como estes se adaptam, poderá ter repercussões na saúde e no bem-estar do recém-nascido/criança, do casal e da restante família. O casal tem de ter a capacidade de assumir novos papéis e novas funções, modificar comportamentos e adquirir novas competências.

Torna-se fundamental o papel do enfermeiro em conhecer as dificuldades dos pais no cuidar da criança, de modo a facilitar a adaptação aos seus novos papéis, promovendo novas competências, que visem a autonomia dos mesmos no cuidar da criança, em qualquer contexto em que ela se encontre.

De acordo com Meleis (2010), uma transição saudável é caracterizada por padrões de resposta compostos por indicadores de processo e indicadores de resultado, sendo essencial para o enfermeiro especialista, o conhecimento e

apoderamento destes indicadores, permitindo potenciar a avaliação global e intervir precocemente na prossecução do objetivo de facilitar uma transição saudável.

A enfermagem pediátrica, particularmente sensível ao envolvimento dos pais na prática de cuidados à criança/jovem, foca a sua essência no desenvolvimento do processo de parceria com os mesmos, o que requer uma interação integral com a família/pessoa significativa de forma a proporcionar as condições favorecedoras para um desenvolvimento global da criança/jovem (Mendes & Martins, 2012).

O cuidar em parceria surge como promotor da otimização da saúde e da parentalidade. Na perspetiva da promoção da parentalidade, assim como nos diz a investigação, OE (2011); Hockenberry & Barrera (2014) e enfatizado ao longo deste relatório, é importante adotar algumas estratégias, nomeadamente: o estabelecimento de uma comunicação efetiva; promover a participação e parceria de cuidados; promover a capacitação dos intervenientes; privilegiar a negociação dos cuidados; valorizar as competências e experiência da família como um recurso para a intervenção e disponibilizar o suporte necessário para os dotar das competências necessárias nos cuidados aos seus filhos; intervir juntos dos pares, da equipa de saúde, sensibilizando-os para a importância da parceria de cuidados como veículo promotor da otimização da saúde e da parentalidade.

Envolver os pais nos cuidados, após conhecer as suas necessidades e desejos, no processo de participação na tomada de decisão e nos cuidados é da responsabilidade do enfermeiro (OE, 2015).

Durante o percurso formativo nos diferentes contextos de estágio, foram várias as áreas onde foram identificadas algumas dificuldades manifestadas pelos pais com repercussões na adaptação à parentalidade.

Destaco como principais actividades realizadas, entrevistas a EE para auscultação da sua opinião, elaboração e aplicação de instrumentos de trabalho orientadores que me auxiliaram na observação e realização das práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade e parentalidade na prematuridade. A grelha de observação das práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade, transversal a todos os contextos de estágio (Apêndice IV) e a grelha de observação das intervenções de enfermagem parametrizadas em processo de enfermagem aplicado na Unidade de Cuidados

Intensivos Neonatais (o meu contexto profissional) nomeadamente as que se encontram associadas aos focos de atenção de enfermagem **Amamentação; Papel Parental; Vinculação** (Apêndice V).

Através da realização destas atividades, foi possível o levantamento de focos de atenção de enfermagem, formulação de diagnósticos, formulação e análise das intervenções de enfermagem face aos diagnósticos levantados e desta forma, participar ativamente nas intervenções e identificar as principais necessidades dos pais na transição para a parentalidade e parentalidade na prematuridade.

Destaco ainda, como atividades realizadas, a análise e discussão do Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém-Nascidos Prematuros com alguns elementos da equipa de enfermagem da UCIN e com pais pertencentes ao grupo de pais de recém-nascidos prematuros anteriormente internados no meu contexto profissional, cujos resultados serão apresentados posteriormente.

As atividades realizadas contribuíram para dar resposta ao objetivo geral: desenvolver competências de EEESCJ na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na transição para a parentalidade, nomeadamente as unidades de competência **Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da inserção social da criança/jovem** e **Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.**

Por outro lado, contribuíram também para a aquisição de competências de EE, nomeadamente a unidade de competência no domínio da melhoria da qualidade **Planeia programas de melhoria contínua** e a unidade de competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais **Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.**

3.2.1 Práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade

Ao longo do percurso formativo tive a possibilidade de acompanhar e colaborar na prestação de cuidados diretos, nomeadamente a recém-nascidos, lactentes e suas famílias em diferentes contextos da prática clínica e através da observação da relação entre pais e filhos, pude identificar alguns défices de conhecimentos dos pais relativamente aos focos de atenção de enfermagem **Amamentação e Papel Parental**.

Em contexto de urgência tive oportunidade de observar, analisar e participar em intervenções de enfermagem na sala de triagem e nas unidades de curta duração. Como principais dificuldades manifestadas pelos pais, identifiquei a técnica correta de amamentação, técnica de posicionamento do bebé ao deitar e prevenção de acidentes.

No Serviço de Internamento de Pediatria as dificuldades mais manifestadas foram referentes ao PNV, introdução de novos alimentos em lactentes e saúde oral. Por sua vez, no contexto de CSP as principais dificuldades sentidas pelas mães e, os ensinamentos mais frequentes foram relativamente ao horário e a frequência das mamadas, estratégias de alívio da dor sentida no início da amamentação por má pega, prevenção da mastite, extração e conservação do leite materno e sinais de fome do recém-nascido. Dificuldades também manifestadas pelas mães no contexto de cuidados intensivos neonatais.

Neste sentido e centrando-me no primeiro ano de vida, desenvolvi práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade, nomeadamente atividades promotoras do desenvolvimento Infantil e cuidados antecipatórios, capacitando os pais para a sua função parental.

Associado ao foco de atenção de enfermagem **Amamentação** tive a oportunidade de promover o aleitamento materno em todos os contextos de estágio. Colaborei e realizei autonomamente ensinamentos sobre as vantagens do aleitamento materno, posicionamento correto para realização da técnica de amamentação, sinais de boa pega e sucção eficaz e, intervalo de tempo entre mamadas.

Relativamente ao foco de atenção de enfermagem **Papel Parental** nos contextos de internamento de pediatria e de CSP enfatizei a importância da

diversidade alimentar (a partir dos 4 meses ou 6 meses se aleitamento materno mantido) e em todos os contextos de estágio realizei ensinamentos sobre os cuidados de higiene e vestuário adequados, posicionamento adequado da criança ao deitar (decúbito dorsal), hábitos de sono da criança (reforçando a importância de os pais respeitarem o ciclo circadiano (dia/noite) e as rotinas da criança), hábitos urinários e intestinais, reforçando os cuidados a ter perante as cólicas, temperatura normal e febre.

No contexto de CSP foi-me ainda proporcionado desenvolver atividades promotoras do desenvolvimento enfatizando desde a primeira consulta a importância de a mãe falar com o bebé de forma suave e tranquila quando amamenta ou quando muda a fralda. Incentivei os pais a lerem as informações contidas no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, sobre as consultas preconizadas nas idades-chave, e quais as competências do bebé nas diferentes idades. O aconselhamento aos pais sobre a importância de escreverem as suas preocupações e dúvidas para posteriormente serem esclarecidas em consulta foi outra intervenção de enfermagem por mim realizada.

Como atividade complementar das práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade por mim desenvolvida e transversal a todos os campos de estágio surge a realização de entrevistas a EE.

As entrevistas realizadas assentaram em torno de três questões:

- Quais as áreas em que os pais de recém-nascidos nos primeiros meses de vida, evidenciam menos conhecimentos?
- Que intervenções de enfermagem os enfermeiros mobilizam na promoção da parentalidade?
- O que podia ser melhorado?

Em todos os contextos de estágio, os enfermeiros auscultados reconheceram a importância das práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade, preferencialmente iniciadas no período pré-parto. Todos os enfermeiros enfatizaram ainda a necessidade de existir maior articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde como estratégia essencial para a facilitação da mesma.

Da análise dos dados obtidos, como focos de atenção de enfermagem foram salientados, a **Vinculação**, a **Amamentação** e o **Papel Parental**.

A **Vinculação** foi identificada pelos enfermeiros auscultados em todos os contextos de estágio como o primeiro foco de atenção com necessidade de intervenção de enfermagem.

Alguns dos enfermeiros dos contextos de urgência e de cuidados intensivos neonatais associam a **Vinculação alterada** à exaustão parental e falta de preparação dos pais no período pré-parto. Em todos os contextos é reconhecida a importância das intervenções de enfermagem para o estabelecimento de uma relação afetiva adequada entre os pais e o recém-nascido. Ideia corroborada por Wilson (2014) que defende que é fundamental que os enfermeiros reconheçam se existe ligação entre os progenitores e o lactente nas situações em que os papéis dos prestadores de cuidados ainda não estão bem definidos, pois quando não é proporcionado ao lactente uma relação sólida com os progenitores, desenvolve-se uma vinculação insegura.

Intervenções de enfermagem, como a colocação do bebé em método de canguru, são reconhecidas pela EE dos CSP e referidas por Fragata (2012) como fundamentais. Para além dos benefícios para a mãe, como estimulação da ocitocina, aumentando a produção de leite materno, a EE refere os benefícios para o recém-nascido, no relaxamento e alívio de cólicas, proporcionando uma vinculação efetiva entre mãe e filho. Segundo Fragata (2012) a termorregulação, a amamentação e o vínculo afetivo são componentes essenciais que se estabelecem durante a utilização do método canguru, sendo ainda evidenciado como contributo deste método, maior ganho ponderal do recém-nascido, critério importante para uma alta precoce.

Dos três focos de atenção de enfermagem mencionados, a **Amamentação** foi o foco de atenção identificado por todos os enfermeiros auscultados, como o foco de atenção onde os pais apresentam maiores défices de conhecimento, considerado pelos enfermeiros em contexto de urgência como uma das causas mais frequentes dos pais recorrerem ao serviço de urgência nesta faixa etária.

Os enfermeiros do serviço de internamento reconheceram o investimento profissional realizado nesta área, no entanto, pela sua prática de cuidados, observam que continua a existir um desinvestimento precoce das mães na

amamentação e pouca recetividade das mesmas aos ensinamentos realizados. Dificuldade partilhada pela EE dos CSP que associa a pouca adesão das mães à amamentação, a dificuldades financeiras, e à falta de suporte familiar, mas não partilhada pelos enfermeiros dos cuidados intensivos neonatais que observam um investimento crescente das mães neste foco de atenção de enfermagem. Segundo Wilson (2014) ensinar os pais sobre hábitos nutricionais adequados e proporcionar à criança condições ótimas de crescimento e desenvolvimento, incorpora uma das intervenções dos enfermeiros, sendo que nos primeiros 6 a 12 meses, o alimento ideal para o lactente é o leite materno.

Por último, o **Papel Parental** foi identificado como **perturbado** pelos enfermeiros em contexto de urgência, nomeadamente no que respeita à prevenção de acidentes.

No Serviço de Internamento de Pediatria, as principais áreas identificadas pelos enfermeiros associadas ao foco de atenção papel parental, onde os pais apresentam menos conhecimentos, foram: identificação do choro do bebé, utilização adequada de medidas não farmacológicas de alívio da dor em situação de cólica e, medidas de segurança e prevenção de acidentes. Áreas também identificadas pela EE dos CSP que também refere como dificuldade dos pais a identificação/interpretação de temperatura normal e febre na criança.

No contexto de cuidados intensivos neonatais, não foi salientada nenhuma área em particular, associada ao foco de atenção papel parental, uma vez que é reconhecido por todos os enfermeiros auscultados a necessidade de intervir em todas as áreas para a aquisição do papel parental adequado pelas especificidades inerentes à prematuridade.

Como sugestões de melhoria, facilitadoras da transição para a parentalidade a EE dos CSP referiu ainda os cuidados antecipatórios na capacitação dos pais para o desempenho da sua função parental. Por sua vez, foi referido pelos enfermeiros dos cuidados intensivos neonatais a importância do Guia de Aconselhamento aos Pais existente na Unidade como instrumento complementar bastante útil às práticas de cuidados, promotoras da parentalidade na prematuridade.

Realço o investimento crescente, da equipa de enfermagem dos diversos contextos de estágio, no âmbito da formação e na implementação de estratégias

facilitadoras da transição para a parentalidade. Destaco a elaboração de guias de atuação, relacionados com os cuidados ao recém-nascido e aleitamento materno/aleitamento artificial realizados pela equipa de enfermagem do Serviço de Internamento e a importância do projeto de investigação sobre a Amamentação, intitulado: “Prematuridade: um desafio ao aleitamento materno” que se encontra a decorrer na UCIN (o meu contexto profissional).

O cantinho da amamentação encontra-se implementado em todos os contextos de estágio, observando-se um grande investimento da equipa de enfermagem na promoção e apoio ao aleitamento materno. Segundo Levy & Bertolo (2008) as vantagens do aleitamento materno são variadas e já bastante reconhecidas, quer a curto ou longo prazo, havendo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida.

3.2.2 Práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade na prematuridade

Nos últimos 20 anos tem-se assistido a um notável progresso científico e tecnológico na área da neonatologia, assim como o aumento de profissionais especializados nesta área (Askin & Wilson, 2014).

Sendo a prematuridade, o principal motivo de internamento na UCIN, torna-se fundamental diminuir os efeitos negativos desta experiência, vivida pelos pais nesta fase de transição para a parentalidade. Segundo Askin & Wilson (2014) facilitar a relação pais-criança é fundamental, pois existe evidência científica que quando a criança é separada da mãe (o que se verifica quando esta nasce prematuramente e se encontra fisiologicamente instável), vai interferir no processo normal de vinculação.

Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, em contacto direto com os pais assumem um papel facilitador deste processo transicional (nascimento de um filho prematuro com necessidade de internamento na UCIN). Compete aos enfermeiros, encarar a criança e sua família como parceiros nos cuidados, reconhecendo e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades. Os pais são

os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos, pelo que é da responsabilidade dos enfermeiros pediátricos, promover e adequar a parentalidade em todas as dimensões (OE, 2015).

Reconhecer os pais como principais peritos nos cuidados ao seu filho e, facilitar o desenvolvimento das competências parentais através de informação coerente e precisa da equipa de enfermagem, é fundamental para os pais alcançarem uma transição saudável. De acordo com Meleis & Trangenstein (1994) é da responsabilidade dos enfermeiros, assistir os pais, facilitar a transição dirigida para a sua própria saúde e daqueles que dependem de si – as crianças –, facilitando a perceção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento.

Neste sentido, como complemento das atividades anteriormente realizadas no âmbito das práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade, surge como atividade a análise do padrão documental utilizado no meu contexto profissional (UCIN), no que respeita às práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade na prematuridade. Análise suportada por uma grelha de observação das intervenções de enfermagem parametrizadas em processo de enfermagem CIPE®/SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), já mencionada anteriormente.

Dos dados obtidos, constatei a parametrização dos três focos de atenção de enfermagem identificados como aqueles onde os pais apresentam mais dificuldades: **Vinculação; Amamentação e Papel Parental.**

As intervenções de enfermagem parametrizadas, associadas a cada foco de atenção no âmbito do ensinar, instruir e treinar, encontram-se suportadas por normas atualizadas pela equipa de enfermagem.

Associado ao foco de atenção de enfermagem **Vinculação**, identifiquei como intervenções de enfermagem o ensino, instrução e treino dos pais sobre a técnica do método canguru, descrita na literatura como um método cada vez mais utilizado nas unidades de cuidados intensivos neonatais com benefícios para os pais e recém-nascidos, como por exemplo o incentivo ao aleitamento materno, redução do stress dos pais, maior proteção da criança, redução dos períodos de choro do bebé e tempo de internamento (Silva, Garcia & Guariglia, 2013).

Relativamente ao foco de enfermagem **Amamentação**, as intervenções associadas dizem respeito ao conhecimento e aprendizagem de habilidades dos pais relativamente à estimulação, recolha e transporte do leite materno e, realização da técnica de amamentação.

As intervenções parametrizadas, associadas ao **Papel Parental** permitem aos pais adquirirem conhecimentos e aprendizagem de habilidades através do ensino, instrução e treino sobre prevenção de complicações; técnica de posicionamento; cuidados de higiene e conforto; alimentação; aspiração de secreções; vacinação.

Todas as intervenções parametrizadas, vão ao encontro das principais necessidades dos pais, identificadas através das atividades complementares realizadas neste âmbito e, têm-se revelado uma mais-valia para toda a equipa de enfermagem na uniformização dos cuidados e, também para os pais no que respeita à aquisição de conhecimentos e aprendizagem de habilidades para o desempenho adequado da sua função parental.

Segundo a OE (2015, p.22)

Reconhecer a importância do papel dos pais, valorizá-los nos seus saberes e encará-los como parceiros implica, por parte dos enfermeiros, a mobilização de saberes, habilidades e comportamentos que permitam identificar e agir sobre a atitude, a capacidade, o conhecimento e a aprendizagem de capacidades, promovendo assim a parentalidade.

Neste sentido, penso ter atingido o objetivo delineado e consolidado competências de EEESCJ, nomeadamente a unidade de competência **Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais** e desenvolvido a unidade de competência do EE **Planeia programas de melhoria contínua**, que será consolidada com a concretização do seguinte objetivo específico referente à elaboração de uma proposta de revisão e atualização do Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém-Nascidos Prematuros.

3.2.3 Proposta de revisão do Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém-Nascidos Prematuros

É filosofia dos serviços de pediatria, prestar cuidados humanizados e centrados na família, o que implica, entre outros aspetos, pensar em estratégias eficazes para responder às necessidades destes pais, facilitando e capacitando-os no desempenho do seu papel parental (Hockenberry & Barrera). Segundo Meleis (2000), os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que se encontram em processos de transição, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências.

De acordo com Askin & Wilson (2014), numa UCIN, a maioria dos pais sentem-se frágeis e inseguros, no início da interação com a criança. Eles podem rapidamente avançar no processo de conhecimento, ou necessitar vários dias e semanas para que este processo fique completo. Cabe aos enfermeiros estarem atentos ao nível de preparação dos pais, encorajá-los nesta fase inicial e ir envolvendo os pais nos cuidados (Askin & Wilson, 2014).

Com o aproximar da alta os pais tornam-se apreensivos e inseguros, uma vez que no domicílio, eles serão os únicos responsáveis pelos cuidados ao seu filho. Segundo Santos et al. (2014) o momento que antecede a alta hospitalar corresponde a um período que os pais vivenciam com grande ansiedade, pelo que esta deve ser estrategicamente planeada e individualizada.

A alta de um recém-nascido prematuro do hospital, exige uma preparação contínua dos pais ao longo de todo o internamento, para que estes se sintam confiantes para cuidarem autonomamente do seu filho, com todas as especificidades inerentes à prematuridade. De acordo com Meleis (2007), a forma como as pessoas se adaptam aos diversos processos de transição que ocorrem ao longo do seu ciclo de vida, como na sua transição para a parentalidade, influenciam o bem-estar familiar e a sua saúde. Os enfermeiros devem compreender as experiências vivenciadas pelas mesmas, de forma a anteciparem as suas necessidades e poderem apoiá-las de modo a potenciar a sua saúde e a sua perceção de bem-estar durante os seus processos de transição.

Segundo Rodrigues (2010), a preparação para a alta numa unidade neonatal é iniciada desde o primeiro dia de internamento da criança na unidade, em que os pais vão prestando cuidados graduais ao seu filho através de ensino e, supervisão promovidos pela equipa de enfermagem e adequados às suas dúvidas e dificuldades. Durante os processos de educação para a saúde, os enfermeiros têm a oportunidade de esclarecer os pais e família sobre o papel parental, os padrões de comportamento esperados, os sentimentos e as sensações associados ao mesmo, e simultaneamente, as funções que deverão assumir no desenvolvimento das competências parentais (Meleis, 2010).

Ao longo da minha prática profissional, tenho contactado que a existência de um guia orientador que contemple as informações consideradas pertinentes para a capacitação dos pais nos cuidados ao recém-nascido prematuro no domicílio, de modo a elevar a reflexão sobre as mesmas, levantar questões e consolidar os conhecimentos adquiridos através de intervenções de enfermagem de ensino, instrução e treino se tem revelado fundamental como complemento das práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade na prematuridade.

O Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém-Nascidos Prematuros, documento existente na unidade onde exerço funções, consiste num documento escrito que contém informações sobre a forma de cuidar do recém-nascido prematuro, com espaço próprio para os pais poderem colocar algumas questões.

A importância que assume, na preparação e aquisição de conhecimentos dos pais sobre a sua função parental, permitindo-lhes desenvolver confiança e domínio de novas competências nos cuidados ao recém-nascido prematuro no domicílio, importância essa, corroborada pelos pais de recém-nascidos prematuros e profissionais de enfermagem do meu contexto profissional (UCIN) e, o facto de se encontrar desatualizado, levou à formulação do último objetivo específico, desenvolver uma proposta de revisão do Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém-Nascidos Prematuros.

O desenvolvimento desta proposta de revisão pretende dar resposta a uma necessidade identificada, em momento de reflexão entre a equipa de enfermagem, sobre projetos de melhoria contínua, consolidar o desenvolvimento de competências, nomeadamente a unidade de competência do EEESCJ **Implementa**

e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da inserção social da criança/jovem, bem como, as unidades de competência do EE Planeia programas de melhoria contínua e Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade e atingir na globalidade o segundo objetivo geral, objetivo primordial deste relatório.

Com a sua atualização pretendo:

- a) Melhorar a qualidade dos cuidados prestados, relativamente à alta do recém-nascido prematuro/família;
- b) Garantir um processo de cuidados continuados e centrados na família, que vise a promoção do papel parental, e que envolva tomadas de decisão assentes numa parceria recém-nascido, família e enfermeiros;
- c) Orientar, guiar e ajudar os pais a compreenderem o desenvolvimento dos seus filhos, preparando-os de forma antecipada para os desafios do regresso a casa e, promovendo o seu *empowerment* e as suas competências individuais e coletivas no ambiente familiar.

O resultado final da proposta de revisão do Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém-Nascidos Prematuros (Apêndice VI) surge de pesquisa bibliográfica atualizada e da análise reflexiva das práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade e parentalidade na prematuridade. A referir ainda, os contributos advindos da análise e discussão com alguns elementos da equipa de enfermagem do meu contexto profissional, sobre o Guia já existente na unidade e das sugestões de pais pertencentes ao grupo de pais “Palmo e Meio”, do qual fazem parte pais de recém-nascidos (ex) prematuros com internamento anterior na unidade, cujo propósito é apoiar as famílias dos recém-nascidos internados na unidade de cuidados de modo a reduzir o impacto negativo do internamento na dinâmica parental e familiar. Atualmente agregados à Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro (XXS).

Ambos os momentos, para análise e discussão do guia, decorreram na UCIN e embora agendados previamente, tiveram um carácter informal, durante os quais foram analisados em conjunto os temas a reformular, sugeridas alterações e temas a incluir.

Desta forma, a proposta de revisão e atualização do respetivo guia, vai ao encontro dos focos de atenção de enfermagem identificados: **Vinculação, Amamentação e Papel Parental** e respetivas intervenções de enfermagem, parametrizados em padrão documental CIPE®/SAPE, padrão documental implementado no contexto onde exerce funções. Segundo Roque & Costa (2014) é necessário uma definição explícita dos temas abordados e conteúdo a ensinar aos pais, bem como a uniformização das práticas, para que o processo de preparação para a alta seja bem-sucedido.

A vinculação; cuidados de higiene e conforto; cuidados ao coto umbilical; amamentação; aleitamento artificial; posicionamentos; segurança; choro do bebé; sono; limpeza das vias aéreas; desenvolvimento infantil e vacinação são alguns dos temas incluídos nesta proposta de revisão e referidos no estudo realizado por Roque & Costa (2014) como temas a incidir na preparação dos pais para a alta hospitalar do recém-nascido pré-termo.

A salientar dos temas incluídos, não presente no guia anterior mas colocado em prática pela equipa de enfermagem e, sugerido por pais do grupo “Palmo e Meio” o importância do toque, que se tem revelado uma mais-valia no estabelecimento da vinculação entre a criança e os pais, no bem-estar emocional e mental de ambos. No meu contexto profissional, devido ao impacto da separação que o internamento provoca na relação pais-filhos, a promoção da vinculação tem sido um dos objetivos do cuidado perinatal, com o objetivo de intensificar a capacidade dos pais e a sua sensibilidade para cuidar dos filhos, e providenciar o ambiente no qual a ligação inicial entre os pais e o filho pode desenvolver-se.

Importa ainda referir, o espaço em aberto para a documentação de dúvidas e preocupações dos pais, já existente no guia anterior e mantido no atual guia após acordado pela equipa de enfermagem e validado pelos pais que contribuíram para a elaboração desta proposta de revisão. Foi verbalizado pelo pais, que a leitura do guia no decurso do internamento e a possibilidade de irem gradualmente registando as suas dúvidas e dificuldades, foi uma estratégia que se revelou bastante útil, complementar às intervenções de ensino, instrução e treino desenvolvidas pela equipa de enfermagem para que no momento da alta se sentissem mais confiantes e autónomos nos cuidados.

Face ao exposto considero ter alcançado este objetivo. Não tendo ainda a oportunidade de apresentar a proposta final à equipa de enfermagem, a mesma foi disponibilizada a todos os enfermeiros do meu contexto profissional e até à sua efectivação, que ambiciono venha a acontecer brevemente, encontra-se passível de alterações.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste percurso de aprendizagem, que culmina na elaboração deste relatório, reflete a concretização de um desejo consciente e a organização de um impulso, proporcionador de um caminho de desenvolvimento pessoal e profissional enquanto EEESCJ, tendo por base uma necessidade identificada como pertinente para a qualidade dos cuidados de enfermagem à criança e família. Parti de um acontecimento que se relevou desconfortável para mim, tentei descrevê-lo e clarificá-lo, bem como procurei encontrar estratégias para dar resposta à minha inquietude.

A complexidade da problemática da transição para a parentalidade, temática transversal a todo este percurso constitui uma área da prestação de cuidados de enfermagem altamente diferenciada. Ao reportar-me à transição para a parentalidade na prematuridade, pelas especificidades que lhe estão inerentes, este processo de transição torna-se ainda mais complexo. Para dar resposta às exigências intrínsecas a esta problemática, os profissionais devem comprometer-se com uma aprendizagem contínua e, uma atualização constante dos seus conhecimentos científicos e das evidências mais atuais.

O meu percurso formativo foi um caminho refletido de enfermeira generalista a enfermeira especialista, tomando como referência, os quadros de referência do cuidar em pediatria e a prática baseada na evidência. Procurei assumir um papel facilitador na transição para a parentalidade, com ênfase na prematuridade, e prestar cuidados de enfermagem que visassem a maximização de saúde da criança e do jovem.

A referir, a possibilidade deste percurso formativo ter decorrido nos contextos de estágio por mim escolhidos, contextos bastante enriquecedores a nível pessoal e profissional, ultrapassando as expectativas iniciais.

A salientar a disponibilidades por parte da equipa de enfermagem para o esclarecimento de dúvidas e momentos de reflexão o que facilitou a minha integração nos respetivos locais, na prática de cuidados e aquisição de competências enquanto EEESCJ. Considero ainda, que o tempo de estágio foi adequado, permitindo atingir os objetivos delineados.

Nesta experiência, a principal dificuldade prendeu-se com a concretização do objectivo específico: desenvolver capacidades de comunicação com a criança nos vários estádios de desenvolvimento e sua família, no que respeita à comunicação com o adolescente por ser uma área pouco habitual da minha prática profissional, no entanto, através de pesquisa bibliográfica atualizada, momentos de reflexão com os enfermeiros e reflexão sobre as minhas práticas essa dificuldade foi superada.

A pesquisa bibliográfica que realizei e me auxiliou a superar os défices de conhecimentos que apresentava sobre algumas temáticas, nomeadamente gestão da dor, técnicas e estratégias de comunicação com a criança e família de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, foi uma atividade, cuja importância destaco.

Em suma, cada atividade realizada foi refletida e contextualizada de forma a dar resposta aos objetivos delineados anteriormente em projeto de estágio que considero terem sido integralmente cumpridos e desenvolver competências de EE e de EEESCJ.

Espero que este caminho refletido de enfermeira generalista a enfermeira especialista seja um impulsionador de melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem no cuidar a criança, jovem e família e um ponto de partida para a implementação do telefonema de follow-up a pais e recém-nascidos prematuros, que perspetivo implementar futuramente no meu contexto profissional como estratégia facilitadora do desempenho do seu papel parental com mestria.

Acredito que este percurso, não é um fim de uma etapa mas o impulso para uma nova na minha vida profissional. Assim como nos diz Canário (2007) a aprendizagem é um processo dinâmico que se constrói não só dos conhecimentos adquiridos em momentos formais, mas sobretudo dos conhecimentos resultantes da reflexão nos diversos contextos de socialização.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 331-411). Loures: Lusociencia.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica - Perspectiva Desenvolvimentista* (2 ed.). Lisboa: Manuais Universitários - Climepsi Editores.
- Barroso, R., & Machado, C. (2014). Definições, Dimensões e Determinantes da Parentalidade. *Phycologica*, 1, pp. 211-229.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria - Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Brito, I. (2006). *O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Calvetti, P., Silva, L., & Gauer, G. (2008). Psicologia da Saúde e Criança Hospitalizada. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 2, pp. 229-234.
- Canário, R. (2007). *Aprendizagem e Quotidianos Profissionais - Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Loures: Lusociência.
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M., & Pedrosa, A. (2005). *Transição para a Parentalidade: Compreensão Segundo Diferentes Perspectivas Teóricas. Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Casey, A. (1993). Development and Use of the Partnership Model of Nursing . In E. Glasper, & A. Tucker, *Avances in Child Health Nursing* (pp. 183-193). London: Scutari Press.
- Cleveland, L. (Nov-Dez de 2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal Obstetric Gynecological Neonatal Nursing*, pp. 666-691.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.

- DeRouck, S., & Leys, M. (Ago de 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*, pp. 159-173.
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Maus Tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Erikson, E. (1968). *Identify: Youth in Crisis*. New York: Norton.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com Dor, o Quotidiano do trabalho de dor no Hospital de Coimbra*. Coimbra: Quarteto.
- Fragata, P. (2012). *O método Mãe-Canguru nos recém-nascidos de baixo peso*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Garcês, M. (2011). *Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Gomes, C. (2009). Cuidar do Sono do Bebê. *Revista Referência*, pp. 69-77.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 122-187). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística . (2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: INE.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (pp. 189-239). Loures: Lusociência.

- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Journal of Maternal Child Health*, pp. 297-305.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Maia, E., Ribeiro, C., & Borba, R. (2011). Understanding nurses awareness as to the use of therapeutic play in children care. (USP, Ed.) *Revista Escola Enfermagem*, 4, pp. 837-844.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, pp. 255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, H., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 1, pp. 12-28.
- Mendes, M., & Martins, M. (Mar de 2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 6, pp. 113-121.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 3, pp. 226-232.
- Mok, E., & Leung, S. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal Of Clinical Nursing*, pp. 726-734.
- Mundy, C. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal Of Critical Care*, 2, pp. 156-163.

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos. *Divulgar*, pp. 13-18.
- Ordem dos Enfermeiros . (2009). *Os Enfermeiros e o Empowerment em Saúde... Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros . (2010a). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *CIPE Versão 2011. Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática. Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: OE.
- Pereira, R. (1995). *Reflectindo e escrevendo sobre as experiências vivenciadas no contexto da escola e do cuidado*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.
- Rebelo, T. (nov de 1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para análise das representações sociais. *Revista Sinais Vitais*, pp. 13-18.
- Redondeiro, M., Moura, M., Sousa, E., Soares, M., & Lopes, T. (Jan de 2003). Promover a Vida Numa Doença Terminal. *Revista Sinais Vitais*, pp. 45-50.

- Rodrigues, S. . (2010). *Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Roque, S., & Costa, G. .. (2014). Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. *Millenium*, pp. 47-60.
- Saewyc, E. (2014). Promoção de Saúde do Adolescente e da Família. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 784-823). Loures: Lusociência.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, N., Thiengo, M., Moraes, J., Pacheco, S., & Silva, L. (2014). Empowerment of premature newborns' mothers in the context of hospital care. *Revista Enfermagem UERJ*, 1, pp. 65-70.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing image. *Journal of Nursing Scholarship*, 2, pp. 119-127.
- Silva, A., Garcia, P., & Guariglia, D. (Abr-Jun de 2013). Método Canguru e os benefícios para o recém-nascido. *Revista Hórus*, 7.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria - Secção de Neonatologia. (2004). *Consensos em Neonatologia 2004*. Lisboa: SPP.
- Sousa, N., Araújo, A., Costa, Í., Carvalho, J., & Silva, M. (2009). Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2(62), 62, pp. 729–733.
- Tamez, R., & Silva, M. (2006). *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco* (3 ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Tavares, P. (2008). *Acolher...Brincando - A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Porto: Instituto Ciêncas Biomédicas.
- Votroubek, W., & Tabacco, A. (2010). *Pediatric home care for nurses: a family-centered aproach* (3 ed.). Boston: Jones and Barlett Publishers.
- Whittingham, K., Boyd, N., Sanders, M., & Colditz, P. (2013). *Parenting and Prematuruty: Understanding Parent Experience and Preferences for Support*. New York, EUA: Springer Science + Media New Work.
- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Lactente e da Família. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (pp. 491-552). Loures: Lusociência.

APENDICES

Apêndice I

II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia

Síntese Reflexiva: II encontro Enfermeiros de Neonatologia

O presente documento pretende refletir uma atividade que me propus realizar no âmbito da Unidade Curricular: Estágio com relatório. Esta atividade encontra-se relacionada com a participação no II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa que decorreu nos dias 13 e 14 de Novembro, em Lisboa.

Neste encontro, foram abordados os mais variados temas, todos eles centrados no cuidar para o desenvolvimento no recém-nascido prematuro e subdivididos segundo as seis categorias de enunciados descritivos definidos pela Ordem dos Enfermeiros relativas ao bem-estar e autocuidado; promoção da saúde; prevenção de complicações; readaptação funcional; organização dos cuidados e satisfação do cliente (OE, 2001).

A prematuridade é considerada a principal causa de internamento em unidades neonatais e segundo dados estatísticos do INE (2013), nos últimos anos tem-se verificado um aumento da percentagem de nados vivos prematuros e de baixo peso ao nascer. Tendo em conta esta realidade e face à importância que o enfermeiro assume como facilitador na aquisição das competências parentais no contexto da prematuridade, área na qual me encontro a desempenhar funções, a efetivação de uma parceria de cuidados com os pais é um fator premente. Para tal, na procura dos cuidados de excelência e desenvolvimento de competências considero que é fundamental haver uma formação continua nesta área, motivo pelo qual considerei oportuna a minha frequência neste encontro.

Considero que em todas as comunicações foi notória a abordagem e o trabalho realizado na procura da excelência no exercício profissional e na procura da maximização do potencial de saúde do recém-nascido prematuro. Dos temas abordados no encontro, destaco os que se enquadraram nos enunciados descritivos relativos ao bem-estar e autocuidado e promoção da saúde para o meu desenvolvimento profissional.

No domínio de competência do EEESCJ assistir a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde, saliento a unidade de competência **E.1.1 Implementa e**

gere, em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da inserção social da criança/ jovem. No domínio de competência do EEESCJ presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, destaco as unidades de competência **E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.2. promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais e E3.3 – comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura** (OE, 2010).

Neste encontro, a **Amamentação** e o **Papel Parental** foram focos de enfermagem centrais a todas as comunicações bem como a implementação de intervenções que constituem oportunidades para trabalhar com a família e o recém-nascido prematuro permitindo a adoção de comportamentos potencializadores de saúde e utilização de estratégias motivadoras para o desempenho adequado do papel parental e aquisição de conhecimentos, com contributo na promoção do autocuidado e aumento do bem-estar. Intervenções promotoras das competências do recém-nascido prematuro no âmbito do seu comportamento interativo, promoção do contacto físico entre o recém-nascido prematuro e os pais, promoção da amamentação e competências parentais, constituem algumas das intervenções do EEESCJ que foram abordadas neste encontro, que considero fundamentais na minha prática de cuidados e que são consideradas pela ordem dos enfermeiros como importantes na procura da excelência do exercício profissional (OE, 2011).

No foco de atenção de enfermagem **Amamentação**, foi enfatizada a importância do aleitamento materno, a influência da prematuridade na decisão das mães amamentarem e da relevância das intervenções de enfermagem realizadas na promoção da amamentação, nomeadamente através do ensino aos pais sobre vantagens do aleitamento materno, ensino, instrução e treino da técnica de amamentação.

Associado a este foco, foi ainda enfatizado a importância da estimulação oral nos recém-nascidos prematuros através de técnicas de sucção não nutritiva, a importância do contacto pele a pele e do *positive touch* (programa onde os pais aprendem a tocar no seu filho, a conhecê-lo e a responder às suas necessidades)

bem como das experiências orais positivas para a aquisição das competências orais. O envolvimento dos pais na tomada de decisão acerca do início para a amamentação, foi um outro aspeto abordado e que considero fundamental na promoção da parentalidade.

Relativamente ao foco de enfermagem papel parental foi dado destaque há alimentação oral positiva e a importância das intervenções de enfermagem no reconhecimento das necessidades individuais de cada recém-nascido e pais de forma a promover o desenvolvimento infantil adequado do recém-nascido e capacitação dos pais. Reconhecer as especificidades do recém-nascido prematuro e as necessidades específicas de cada família foram intervenções identificadas como determinantes.

A existência de programas de massagem infantil, promovendo o toque nutritivo, como uma forma de transmitir afeto e melhorar a comunicação entre pais e bebés, foi outra temática abordada, que se tem revelado importante para o estabelecimento da vinculação entre pais e recém-nascido prematuro, muitas vezes alterada, dada às especificidades da prematuridade. Segundo um dos preletores “o toque é a 1ª conexão entre pais e filhos. A massagem potencia o toque e permite a proximidade entre os pais e o bebé”.

Foi ainda salientada a importância da parceria de cuidados na promoção da parentalidade e da relevância de um padrão documental estruturado relativo às intervenções de enfermagem de modo a garantir um papel parental adequado.

De entre as várias partilhas, houve uma particularmente interessante e enriquecedora que foi a comunicação do grupo de apoio de pais para pais. Através da comunicação pude identificar algumas intervenções de enfermagem também identificadas na literatura por alguns autores como Cleveland (2008); Rouck & Leys, (2009); Rodrigues (2010) como facilitadoras da transição para a parentalidade. Ser empático para com os pais, dar orientações aos pais no momento da admissão, fornecer toda a informação aos pais e envolvê-los ativamente nos cuidados ao seu filho, demonstrando disponibilidade e apoio emocional ao longo do internamento é considerado fundamental na preparação e capacitação dos pais para que o papel parental adequado seja estabelecido.

Destaco do seu discurso como principal dificuldade sentida a amamentação, dando ênfase à intervenção da equipa de enfermagem na superação dessa dificuldade, verbalizando que “ os enfermeiros ajudaram-me a não desistir da amamentação”.

Embora esta atividade não estivesse contemplada no projeto de estágio senti que fazia todo o sentido integrá-la uma vez que na perspetiva de futura EEESCJ, pretendo desenvolver competências inerentes de EEESCJ e prestar cuidados de enfermagem especializados com foco na transição para a parentalidade com ênfase na prematuridade.

Penso que a frequência deste encontro permitiu-me consolidar os conhecimentos anteriormente adquiridos através da minha prática profissional e literatura consultada e contribuir para o desenvolvimento de competências específicas do EEESCJ nomeadamente nos domínios do assistir a criança, jovem com a família na maximização da sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Assim, tal como é regulamentado no Decreto-Lei nº 119 (2015) é determinante a existência de uma formação contínua com vista à prestação de cuidados de qualidade, e o conhecimento e sensibilização dos profissionais nesta área é essencial para prestar cuidados de qualidade e que promovam o crescimento e desenvolvimento infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cleveland, L. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care. *JOGNN*, 37, pp. 666-691.

DeRouck, 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 & Counseling*, 76, pp. 159-173.

Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: INE.

Lei nº 119/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República 2ª Série, Nº 119 (22-06-2015) 16660-16665.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos. *Divulgar*, pp. 13-18.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Rodrigues, S. (2010). *Supervisão em enfermagem neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Aveiro: Universidade de Aveiro.

APENDICE II

6º Encontro Nacional de enfermagem em Pediatria

Síntese Reflexiva: 6º Encontro nacional de Enfermagem em Pediatria

O presente documento pretende refletir uma atividade que me propus a realizar no âmbito da Unidade Curricular: Estágio com relatório e que se encontra relacionada com a participação no 6.º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria - (Novos) Cenários em Pediatria, que decorreu nos dias 26 e 27 de Novembro de 2015 em Évora.

Neste encontro foram abordados os mais variados temas, tais como, recursos de suporte parental, novas tendências, rosto da violência e era digital. Temas bastante atuais e importantes para a enfermagem pediátrica e nos quais o EEESCJ assume um papel primordial.

Em todas as comunicações foi notória e enfatizada a importância da parceria de cuidados entre a criança/ jovem e família/ pessoa significativa e os profissionais de saúde bem como a articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Premissa defendida pela ordem dos enfermeiros que considera que o EEESCJ “tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escolas, comunidade (...), de modo a proporcionar o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2011, p.3).

Conceitos como “ cuidado negociado”, capacitação das famílias”, “suporte parental” foram conceitos centrais nas diferentes comunicações.

Foram várias as temáticas abordadas e que contribuíram para o aprofundar dos meus conhecimentos e desenvolvimento de competências de EEESCJ. Destaco a conferência referente ao tema Parceria de Cuidados: da investigação à prática, onde foi enfatizado pela preletora que “nem sempre o que os enfermeiros teorizam e discursam é o que fazem na prática”. Segundo a mesma e também defendido por diversos autores, a criança e a família devem ser colocados no centro da prática dos cuidados de enfermagem onde devem ser valorizadas as necessidades de todos os membros da família (Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons & Neff, 2012).

A preletora reconhece a importância dos enfermeiros conhecerem a família queque cuidam, como cuida e os limites necessários para que a prática de cuidados seja efetiva. Ideia corroborada por (Hockenberry & Barrera, 2014) que reconhece o respeito e promoção da força e competência da família, junto do RN como uma constante. Segundo McCann et al. (2008) um relacionamento aberto entre os enfermeiros e os pais através do qual o nível de participação nos cuidados à criança são discutidos, planejados e a tomada de decisão é partilhada é uma premissa fundamental.

No cenário I deste encontro subordinado ao tema: (Novas) Tendências, destaco a comunicação sobre a Vacinação: verdades e mitos onde foi salientada a importância que os enfermeiros assumem junto da família. Segundo o preletor “as vacinas são o recurso mais eficiente e seguro de proteção contra várias doenças. Devem iniciar-se desde o nascimento propagando-se durante toda a vida”.

O mesmo preletor enfatizou ainda, além da proteção individual, os benefícios da vacinação para toda a comunidade, evitando a propagação de determinadas doenças. No entanto, apesar da sua importância, reconhece este procedimento como o procedimento doloroso mais frequente no contexto pediátrico. Ideia partilhada por DeMore & Cohen (2005) que consideram a vacinação como um fator de stress para a criança para os pais e para o profissional de enfermagem, podendo acarretar perturbações de comportamento a diferentes níveis: físico, emocional e comportamental. Desta forma, torna-se evidente a importância da atuação do enfermeiro especialista que é evidenciado no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010) que reconhece que compete ao enfermeiro especialista mobilizar recursos, oportunamente, para cuidar da criança, jovem e família em situações de particular exigência, tais como, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem, otimizando as respostas.

Referente ao cenário II cujos temas se enquadraram nos recursos de suporte parental, destaco várias comunicações, entre elas, as comunicações sobre a

importância da presença parental em situações de urgência e procedimentos invasivos, o testemunho de uma mãe cuja história de vida envolvia o nascimento de um filho prematuro sujeito a vários meses de internamento nos quais ocorreram várias intercorrências e a comunicação subordinada ao tema pais confiantes/ bebês tranquilos.

Princípios tais como o respeito e honra pela diferença; parceria e colaboração; negociação e o cuidado no contexto da família e comunidade; a dignidade e respeito pelas escolhas e perspectivas da família, integrando os seus valores, crenças e cultura nos cuidados; partilha de informação completa, útil e imparcial para com a família, levando à sua participação nos cuidados e nas tomadas de decisão; colaboração do enfermeiro e família no desenvolvimento e implementação de políticas e programas são segundo Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons & Neff, (2012) princípios inerentes à filosofia de cuidados centrados na família, que foram referidos nas diversas comunicações e que considero fundamentais na minha prática de cuidados.

Destaco ainda, a ênfase nas situações de crianças com necessidades especiais e a dificuldade aumentada de ajustamento destas famílias. Ante o diagnóstico de um problema grave de saúde, é reconhecido pelos profissionais de saúde e descrita na literatura que a família passa por uma sequência previsível de estádios que incluem: choque e negação, ajustamento, reintegração e reconhecimento de duração variável, podendo as famílias não alcançar o último estágio (McElfresh & Merck, 2014). Durante este processo os pais podem desenvolver para com o filho doente sentimentos/comportamentos de superproteção, rejeição, negação e aceitação gradual, sendo os primeiros três prejudiciais ao desenvolvimento da criança. Cabe então aos profissionais de enfermagem, conscientes destes aspetos, tentar evitar repercussões maiores ao adequado desenvolvimento da criança.

A importância dos profissionais de saúde, nomeadamente da equipa de enfermagem no acompanhamento das crianças/ famílias durante o internamento, encaminhamento e articulação de cuidados entre os diversos níveis de atuação após o regresso a casa foi um aspeto bastante presente e reforçado neste encontro e que considero fundamental, também constatado pela minha prática profissional.

Deste encontro, saliento ainda o contributo para o desenvolvimento de competências de EEESCJ a minha participação na oficina sobre Maus Tratos Infantis e a importância dos profissionais de enfermagem na identificação, sinalização e intervenção. A prestação de cuidados de enfermagem à criança e família em risco enquadra-se nas funções do EEESCJ no sentido a que a este compete: Assistir a criança/jovem e a família na maximização da sua saúde; Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, bem como Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2010).

Segundo a Direção Geral de saúde (DGS, 2008, p-7)

“Os maus tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática e insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade, dos indivíduos. (...)”

Penso que a minha participação neste encontro foi bastante positiva em termos de aprendizagens e desenvolvimento profissional. Embora esta atividade não estivesse contemplada no meu projeto de estágio, tendo em conta a temática do meu projeto, transição para a parentalidade, e uma vez que pretendo desenvolver competências inerentes de EEESCJ fez todo o sentido integrá-la no meu percurso formativo.

Como competências desenvolvidas, destaco, o domínio de competência do EEESCJ assistir a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde, nomeadamente as unidades de competência **E.1.1 Implementa e gere, em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da inserção social da criança/ jovem** e **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.** No domínio de competência, cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade dou ênfase à unidade de competência **E2.5 Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/ incapacidade.**

No que respeita ao domínio de competência do EEESCJ presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da

criança e do jovem, destaco as unidades de competência **E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, E3.2. promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais e E3.3 – comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.**

Enquanto futura EEESCJ, na procura da excelência dos cuidados, considero que é imprescindível uma prática baseada na evidência e trabalhar em parceria com criança/jovem, família/pessoa significativa para que seja possível realizar cuidados de qualidade. Segundo Mendes (2013, p.153)

O desenvolvimento das práticas dos enfermeiros em parceria com os pais assenta ainda no pressuposto de que a mesma promove a qualidade dos cuidados, qualidade que se reflete a nível da estrutura, do processo e dos resultados, com a obtenção de ganhos em saúde.

Ainda segundo a mesma autora, é necessário existir reconhecimento e valorização da importância da presença da família, respeitar o conhecimento que a mesma possui sobre a criança, para que a família seja considerada um recurso para prestar mais e melhores cuidados (Mendes, 2013).

Todas as crianças e famílias têm potenciais, cabe-nos então a nós, profissionais de saúde, encontrá-los e desenvolvê-los, fornecendo-lhes as ferramentas necessárias para a prestação de cuidados, muitas vezes diferenciados. Compreendo que esta autonomia exige uma contínua abordagem da criança e família utilizando estratégias de apreciação, apoio, encaminhamento e avaliação. Só desta forma será possível desenvolver as competências parentais, ou seja, os conhecimentos e habilidades que ajudam os pais a desempenharem o papel parental com mestria de modo a garantir o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento da criança (Cardoso, 2011).

Recorrendo às palavras sentidas da mãe que testemunhou neste encontro sobre a importância que os enfermeiros assumem para as crianças e famílias “eu falo de seres com coração, aqueles que vivem e gostam da profissão. Que gostam de cuidar dos pais”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, Tornar-se Pai- Estudo sobre a avaliação das Competências Parentais*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- DeMore, M., & Cohen, L. (2005). Distraction for pediatric immunization. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12, pp. 281–292.
- Direcção-Geral de Saúde. (2008). *Maus tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da saúde*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Journal of Maternal Child Health*, 16, pp. 297-305.
- Mccann, D., Young, J., Watson, K., Ware, R., Pitcher, A., Bundy, R., & Greathead, D. (junho de 2008). Effectiveness of a tool to improve role negotiation and communication between parents and nurses. *Pediatric Nursing*, 20, pp. 14-19.
- McElfresh, P., & Merck, T. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança . In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 897-930). Loures: Lusociência.
- Mendes, M. (2013). *A Natureza da Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria. Um Contributo para a Parceria Efetiva*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APENDICE III

Jornal de Aprendizagem

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Este jornal de aprendizagem, tem como objetivo a descrição de um episódio que decorreu da interação de cuidados no contexto de estágio urgência pediátrica e que emergiu num processo reflexivo que se revelou importante para o meu pensamento crítico.

Um dos objetivos definidos para este campo de estágio, visava o desenvolvimento de capacidades de comunicação com a criança nos vários estádios de desenvolvimento e sua família.

Descrição da situação

A situação que passo a descrever decorreu na sala de triagem no 2º dia de estágio neste contexto. Na sala encontrava-se a enfermeira escalada para a sala de triagem, a enfermeira A. e eu. O turno estava calmo, sem tempo de espera para o atendimento de enfermagem.

Eram cerca das 10h da manhã, quando uma adolescente de 15 anos acompanhada pela mãe entrou na sala após ter sido chamada para a observação. Ao entrarem na sala, eu e a enfermeira A. apresentámo-nos e questionei a adolescente se não se queria sentar. Confirmei junto dela o seu nome e questionei-a sobre a pessoa que a acompanhava, tendo a mesma verbalizado que era a mãe. De seguida a enfermeira A. questionou a adolescente sobre o motivo pelo qual tinha recorrido ao serviço de urgência.

A adolescente que se encontrava já sentada na cadeira, direcionava o olhar para o chão manifestando alguma ansiedade e ausência de resposta.

Com a ausência de resposta da filha, a mãe interveio, referindo que a filha nos últimos dias não parecia ela. Segundo palavras da mãe “ não a reconheço, só quer dormir, parece que não está cá!” Perante estas palavras, a adolescente olhou para a mãe, olhou em minha direção e distanciou novamente o olhar para o chão.

Enquanto a mãe ia descrevendo a sintomatologia da filha podia observar-se na expressão facial da adolescente indignação relativamente às palavras da mãe,

que ia enfatizando no seu discurso os hábitos tabágicos da filha e sugerindo um diagnóstico de consumos de substâncias ilícitas.

Podia observar-se o desconforto na expressão facial e corporal da adolescente que se mantinha sentada, de cabeça baixa, direcionando o olhar discretamente em minha direção como um pedido de socorro. Eu olhei para ela mas apenas sorri sem interferir no decurso da comunicação.

Perante o discurso exaustivo da mãe, e na tentativa de perceber o que realmente preocupava a adolescente, a enfermeira A. interferiu, questionando diretamente a adolescente sobre a possibilidade de consumos nocivos ao que a mesma verbalizou que não. A enfermeira A. optou por dar por concluída a consulta de triagem pedindo-lhes para aguardar na sala de espera até consulta médica.

Análise reflexiva da situação

Durante esta experiência, lembro-me de ter vivenciado uma série de sentimentos ambivalentes. Curiosidade sobre como comunicar com um adolescente pela pouca experiência que tinha na área e vontade em aprofundar os meus conhecimentos, bem como, sentimentos de impotência e desapontamento que foram surgindo no decurso da comunicação e onde foram observadas várias “falhas” na comunicação entre o profissional e o cliente o que dificultou a recolha de informação.

Desapontamento relativamente à mãe, por ter assumido o controlo da situação e “culpabilizar” a filha antes de um diagnóstico confirmado, assim como, em relação à enfermeira A. pela dificuldade que manifestou na gestão da comunicação.

Importa ainda referir o sentimento de impotência que senti por me encontrar num contexto formativo, apenas no 2º dia de estágio e sem à vontade para intervir.

Realizando um balanço sobre a experiência que vivenciei, importa referir a oportunidade de reflexão proporcionada sobre a comunicação com adolescentes, o que constituiu um desafio acrescido pelas particularidades que este estágio de desenvolvimento apresenta, da dualidade *Identidade versus confusão* que caracteriza o seu desenvolvimento psicossocial. Penso que tanto eu, como a enfermeira A. tivemos a abordagem inicial adequada para o estabelecimento de um contexto apropriado para a comunicação. Apresentámo-nos e questionámos o nome

da adolescente, bem como o nome e grau de parentesco do acompanhante, que segundo Hockenberry (2014) são essenciais para uma introdução de comunicação apropriada. No entanto, considero que o ter questionado a adolescente nesta fase inicial relativamente à sua preferência face à presença da mãe durante a entrevista, teria sido um aspeto fundamental para o decurso da mesma.

Uma vez que a presença da mãe foi uma constante ao longo da entrevista, foi proporcionado à mesma a oportunidade para expor a sua perspetiva, o que constituiu um aspeto positivo, no entanto, numa primeira instância, deveria ter sido a adolescente a verbalizar o motivo que a levou a serviço de urgência para o estabelecimento de uma relação de confiança, Segundo a OE (2010), para um adolescente revelar os seus sentimentos, problemas e perspetivas é necessário que este estabeleça com o enfermeiro uma relação de confiança. Ideia corroborada por Hockenberry (2014), que defende que embora seja importante proporcionar a ambas as partes a possibilidade de serem entrevistados, deve – se num primeiro momento falar-se com o adolescente, o que possui a vantagem de uma identificação imediata com o mesmo de modo a progredir na relação interpessoal (Hockenberry, 2014).

A salientar, a incapacidade da enfermeira na identificação da comunicação não-verbal da adolescente o que foi percecionado por esta, condição determinante para o decurso da comunicação. Os adolescentes facilmente aceitam as pessoas que demonstram verdadeiro interesse em si, no entanto, rapidamente rejeitam as pessoas que revelam ter pouco respeito pelo que eles pensam ou dizem (Hockenberry, 2014).

Considero que a minha capacidade de escuta e observação da comunicação não-verbal da adolescente foi um aspeto positivo. Contudo, não foi aproveitada e não beneficiou a relação pela passividade que assumi. Segundo Erikson (1968), a principal tarefa da adolescência é a formação de identidade. As pessoas, com as quais se relacionam servem de espelhos que refletem a informação sobre quem são e o que deve ser (Saewyc, 2014).

Reconheço que a vivência desta situação foi uma mais-valia. Incitou-me a pesquisar sobre a comunicação com os adolescentes, área onde possuo poucos conhecimentos teóricos e pouco frequente na minha prática profissional e desta

forma, desenvolver as minhas capacidades de comunicação, um dos objetivos a que me propus neste campo de estágio.

Futuramente, numa situação similar procederei de forma diferente. Após os conhecimentos adquiridos, da reflexão que me foi proporcionada e tomando como referência o Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (entrevista aos adolescentes) OE (2010), numa situação semelhante, a minha primeira abordagem será questionar diretamente o adolescente sobre o motivo que o levou ao serviço de urgência, questionando-o sobre a sua preferência relativamente à presença (ou não) da mãe e demonstrando durante o decurso da comunicação disponibilidade, escutando-o sem induzir resposta ou interromper o seu discurso, evitando juízos de valor e silêncios prolongados, assegurando-lhe confidencialidade e o direito à privacidade. Quando observe que a presença da mãe influencia a colheita de informação e que constitui uma dificuldade na gestão da comunicação, optarei por pedir à mãe que se ausente da sala por um instante e efetuarei a colheita de informação de ambos (adolescente e mãe) em dois momentos distintos.

Em enfermagem, a comunicação constitui um instrumento básico do cuidados, através do qual é possível estabelecer um vínculo com o cliente e satisfazer as suas necessidades. O EEESCJ deve ser um perito em estratégias e técnicas de comunicação, adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e família e ter a capacidade de se relacionar com o outro, ajudando, educando, guiando e assistindo.

Assim como nos diz Phaneuf (2005, p. 23)

a comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Erikson, E. (1968). *Identify: Youth in Crisis*. New York: Norton.

Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 122-187). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.

Saewyc, E. (2014). Promoção de Saúde do Adolescente e da Família. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 784-823). Loures: Lusociência.

APENDICE IV

Grelha de Observação de Práticas de Cuidados, promotoras da Transição para a
Parentalidade

Grelha de Observação de Práticas de Cuidados, promotoras da Transição para a Parentalidade

Nº da observação : Idade da criança: Sexo: Duração da consulta:

Itens observados	Registo das intervenções	Análise
<p style="text-align: center;">1) Vinculação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observação da relação pais/ recém-nascido <ul style="list-style-type: none"> - Comportamento dos Pais - comunicação verbal e não-verbal - Método canguru • 2) Amamentação • Preocupações e dúvidas da mãe em relação à amamentação <ul style="list-style-type: none"> a) Vantagens do aleitamento materno b) Extração e conservação do Leite materno c) Posição correta durante a amamentação d) Técnica de amamentação • 3) Papel Parental • Preocupações e dúvidas dos pais em relação às competências parentais (facilitar no desenvolvimento das competências parentais) <ul style="list-style-type: none"> a) Higiene e conforto; b) Alimentação; c) Prevenção de complicações; d) Prevenção de acidentes; e) Estilos/hábitos de vida; f) Comportamentos da Criança; g) Cuidados antecipatórios de acordo PNSIJ <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos e preocupações de partida - Reações dos pais e criança/jovem às orientações e ensinios -Validação com os pais das orientações dadas h) Parceria de cuidados (envolver os pais nos cuidados) • 4) Desenvolvimento infantil <ul style="list-style-type: none"> a) Avaliação do crescimento (dados antropométricos) b) Avaliação do desenvolvimento (escalas) - identificação de sinais de alarme c) Actividades Promotoras do Desenvolvimento Infantil 		
<p>1) Observação de Técnicas e estratégias de comunicação utilizadas</p>		

APENDICE V

Grelha de Observação das Intervenções de Enfermagem Parametrizadas no
Processo de Enfermagem sobre as Práticas de Cuidados, promotoras da Transição
para a Parentalidade na Prematuridade

**Grelha de Observação das Intervenções de Enfermagem Parametrizadas no
Processo de Enfermagem sobre as Práticas de Cuidados, promotoras da
Transição para a Parentalidade na Prematuridade**

Foco de Enfermagem	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Evolução do status de diagnóstico
Vinculação			
Amamentação			
Papel parental			

APENDICE VI

Proposta de Revisão do Guia de Aconselhamento aos Pais de Recém-Nascidos

Prematuros



GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS



SERVIÇO DE PEDIATRIA

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS E
PEDIÁTRICOS

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

2

Após um período que sabemos difícil e de terem ultrapassado tantas batalhas, aproxima-se o grande dia, finalmente vão poder levar o vosso filho e ficar juntos em vossa casa.

Com o aproximar do dia da alta, é natural que além de alegria e satisfação possam vivenciar também sentimentos de alguma ansiedade e/ou insegurança.

Para vos ajudar, criámos este guia que pretende responder a algumas das perguntas mais frequentes que os pais nos colocam, bem como esclarecer dúvidas frequentemente associadas à prematuridade.



GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

3

SUMÁRIO

PARENTALIDADE NA PREMATURIDADE.....	4
CHEGOU O GRANDE DIA: VAMOS PARA CASA	5
OS CUIDADOS DO BEBÉ EM CASA.....	8
A ALIMENTAÇÃO.....	8
CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO.....	19
PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES.....	24
PREOCUPAÇÕES FREQUENTES DOS PAIS	42
VIGILÂNCIA DE SAÚDE.....	44
INFORMAÇÕES UTEIS.....	49
ESPAÇO PARA AS DÚVIDAS E PREOCUPAÇÕES DOS PAIS.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

4

PARENTALIDADE NA PREMATURIDADE

A vivência de ser pai e mãe constitui-se como uma experiência única que implica grandes mudanças e alterações na vida de toda a família.

Com o nascimento de um bebê prematuro, ser mãe e pai torna-se mais complicado. À primeira vista tudo parece confuso, a incerteza é grande e encontrar o vosso papel como pais pode parecer difícil, mas os profissionais estão preparados para os apoiar e ajudar a cuidar do vosso filho.

Não se esqueçam, os pais são as pessoas mais bem preparadas para cuidarem dos seus filhos. Tudo o que aprenderam durante todo o internamento vai ser fundamental!!!



GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

5

CHEGOU O GRANDE DIA: VAMOS PARA CASA

O que devo ter preparado para receber o meu bebé em casa?

Quando um bebé nasce prematuramente, nem sempre os pais têm tempo para terminar os preparativos.

No entanto, com o aproximar da alta existem alguns aspetos que são fundamentais:

- O bebé deve ter um **local apropriado para dormir**, tranquilo, arejado e com uma temperatura confortável.
- O local mais adequado é o **berço ou uma cama com proteções laterais**, ajustada ao seu tamanho.

Para levar o seu bebé para casa não se esqueça de trazer a cadeirinha ou alfofa de transporte. Não é permitido levar o seu bebé ao colo.

Sempre que colocar o seu bebé na cadeira, este procedimento deve ser realizado sobre uma base de apoio segura. O local mais seguro é o chão!

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

6

Como devo transportar o meu bebé?

Quando transporta o seu bebé **num automóvel** deve certificar-se que o faz com segurança.

Os bebés devem ser transportados em:

- **Cadeira apropriada** (preferencialmente);

Segundo recomendações da Direção Geral de Saúde (DGS), desde que o bebé sai da maternidade até aos 3-4 anos, deve viajar no sentido inverso à marcha e num lugar sem airbag frontal ativo.



- **Alcofa rígida** (utilizada apenas em recém-nascidos pré-termo ou de baixo peso) à qual se adaptam dispositivos especiais para fixação aos cintos de segurança do automóvel. Deve ser colocada no banco de trás ocupando 2 lugares e a cabeça do bebé deve ficar sempre virada para o interior do carro.



Consulte as orientações da **DGS** e normas da **Associação de Promoção da Segurança Infantil (APSI)**. Informe-se junto da equipa de saúde.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

7

Como me posso relacionar com o meu bebé?

Todo o tempo que permaneceu junto do seu bebé durante o seu internamento foi fundamental para o conhecer melhor e aprender a relacionar-se com ele.

No entanto, existem algumas atividades que lhe podemos sugerir e que pode utilizar na relação com o seu bebé quando estiver em casa:

- Falar-lhe, ler-lhe um livro ou cantar-lhe em voz baixa;
- Tocar-lhe ou embala-lo, colocando-o de encontro ao seu corpo;
- Coloca-lo de frente para si, num suporte tipo canguru;
- Colocá-lo próximo de si para que ele possa ver a sua cara. Eles adoram ver caras e olhos.

Pode ajudar o seu bebé a desenvolver-se nas diversas faixas etárias estimulando-o da forma adequada. Peça informação à equipa de saúde.



GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

8

OS CUIDADOS DO BEBÉ EM CASA... A ALIMENTAÇÃO

Quando devo alimentar o meu bebé?

Os padrões de alimentação são diferentes de bebé para bebé e variam de dia para dia. Antes da alta já deverá ter uma ideia de qual o padrão alimentar do seu filho.

A maioria dos bebés, à data da alta comem com **intervalos que vão de duas a quatro horas** em média.

Existem **alguns sinais** que lhe poderão indicar se o seu bebé tem fome.

Os bebés prematuros nem sempre choram quando têm fome mas poderão ficar mais inquietos.

Se o seu bebé fizer refeições diurnas regulares com intervalos aproximadamente de 3/4 horas, e de noite, fizer um sono maior (por exemplo de 5 horas), não se preocupe e aproveite para descansar também!

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

9

Porque é aconselhado o leite materno?



O leite materno é considerado o leite mais completo. Para além dos benefícios para o bebé, o aleitamento materno traz benefícios também para a mãe: psicológicos, socioeconómicos e ecológicos.



- Encontra-se perfeitamente adaptado às exigências do recém-nascido, satisfazendo as suas necessidades nos primeiros 6 meses;
- É facilmente digerido e absorvido e fornecido à temperatura ideal;
- É através do leite materno que se estabelecem os primeiros contactos de interação mãe/ filho, que são fundamentais para o equilíbrio e desenvolvimento emocional do bebé, bem como a satisfação das necessidades afetivas de ambos;

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

10

- Está sempre disponível e não implica dispêndio económico para a sua aquisição;
- Uma vez que não necessita de ser fabricado, envasilhado, nem transportado, permite poupar muita energia e recursos naturais e diminuir a poluição do meio ambiente.

**Amamentar o seu bebé,
é sem dúvida o ideal!**

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

11

Como devo amamentar?

Para dar início à técnica de amamentação em primeiro lugar deve privilegiar uma boa **higiene das mãos**.

Existem alguns aspetos importantes a reter:

- ✓ Use roupas práticas e confortáveis;
- ✓ Posicione-se de forma confortável assim como ao bebé;
- ✓ O bebé deve esvaziar totalmente uma mama pois o leite do final da mamada é mais calórico e saciador, contudo deve-se oferecer depois a outra mama, caso o bebé ainda não esteja satisfeito. Desta forma deverá iniciar-se a próxima mamada pela mama que foi oferecida em último lugar na mamada anterior;
- ✓ Não interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente. Se necessário interromper a mamada, introduza um dedo suavemente na boca do bebé de modo a interromper a sucção, prevenindo desta forma lesões da mama.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

12

Para a realização da técnica de amamentação correta:

- A boca do bebê deve manter-se ao nível ou ligeiramente abaixo da mama da mãe, oferecendo toda a aréola para que ele abocanhe o mais possível;
- A mãe deve segurar a mama em forma de C, com o polegar colocado na parte superior e os quatro dedos na parte inferior da mama tendo o cuidado de deixar a aréola livre;
- De forma suave deve tocar com o mamilo no lábio inferior do bebê para que ele abra a boca espontaneamente;
- Leve o bebê à mama e não o inverso;
- Observe os sinais de pega adequada: o bebê abre bem a boca, observando mais aréola visível acima do lábio superior do que abaixo do lábio inferior. Ambos os lábios do bebê estão virados para fora especialmente o inferior e o queixo (mento) encontra-se bem encostado à mama. A cabeça e pescoço devem manter-se bem alinhados e o nariz livre. Observam-se as bochechas cheias; deglutições audíveis, lentas e profundas.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

13

- A mãe não deve sentir dor no mamilo (exceto no início), sendo possível que sinta dor no interior da mama e/ou no útero.



Qual a quantidade de leite que devo dar?

- Cada mamada não deve durar mais de meia hora, incluindo os diversos e pequenos intervalos. No entanto, os **prematuros** mamam um pouco mais lentamente e por isso pode-se aumentar ligeiramente o tempo.
- É normal que o bebé intercale por vezes mamadas mais abundantes com outras menos abundantes.

Dê de mamar sempre que o seu bebé queira, os bebés devem ser alimentados em **horário e quantidade livre!**

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

14

Os bebés que se encontram a fazer **leite artificial**, ingerem uma quantidade de leite que é prescrita pelo médico em função da sua idade e peso.



Alimentação por biberão

Para uma alimentação correta é importante adequar a tetina ao seu bebé!

Depois de ter preparado o biberão e verificado a temperatura do leite deve:

- Colocar o seu bebé em posição sentado/ semi-sentado;
- Tocar suavemente com a tetina no lábio inferior do bebé para que este abocanhe a tetina;
- O biberão deve ser posicionado de forma a que a tetina esteja sempre preenchida de leite;
- Após a alimentação colocar o bebé a arrotar (eructar).

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

15

Posições para colocar o bebé a eructar



A reter:

- ✓ **Bolsar** durante ou após a refeição é algo muito comum entre os bebés prematuros. Também pode ocorrer quando o bebé “arrota” após a mamada, o que é normal em pequena quantidade.
- ✓ É diferente de **vomit**ar que consiste na projeção de quantidades substanciais de alimentos, podendo ocorrer sem estar associado às refeições.

Os bebés também podem ter soluços. É normal! Se o colocar novamente à mama/biberão por 1 ou 2 min poderá ajudar a resolver.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

16

Como devo cuidar dos biberões e tetinas?



- O leite, particularmente à temperatura ambiente, é um local ideal para o desenvolvimento de bactérias o que pode provocar doenças ao seu bebé. É importante que lave os biberões e tetinas logo a seguir à sua utilização.
- A limpeza dos biberões deve realizar-se com água quente e sabão, recorrendo à ajuda de um escovilhão adequado, de forma a evitar que fiquem resíduos de leite.
- A **esterilização** dos biberões e de todos os componentes dos biberões e tetinas, no domicílio, pode ser realizada diariamente ou de 2 em 2 dias, consoante a frequência da sua utilização.
 - ❖ **Esterilização a vapor** através de equipamento próprio, elétrico ou de micro-ondas.
 - ❖ **Esterilização a quente** através da fervura. Todos os componentes do biberão e tetina devem ficar submersos em água e ferver pelo menos 10 minutos. De seguida devem ser retirados e deixar secar.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

Como devo preparar o biberão do bebê?

1. Lave as mãos e higienize o local para a preparação do biberão;
2. Utilize os biberões e tetinas esterilizadas;
3. Prepare o biberão (se possível) imediatamente antes da administração;
4. Ferva a água aproximadamente um minuto (não mais que 4/5 minutos) e deixe arrefecer durante 30 minutos;
5. Retifique a quantidade de água para a quantidade de leite que se quer preparar;
6. Adicione as medidas de leite, para a quantidade de água que colocou no biberão. **Importante:** As medidas de leite devem ser rasas.
7. Agite bem e verificar a temperatura do biberão, colocando algumas gotas de leite, por exemplo na parte interna do seu pulso;
8. Quando terminar a refeição do bebê lave com água corrente todos os utensílios utilizados.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

18

Se precisar preparar o biberão com antecedência...

- Colocar os biberões com leite (arrefecidos previamente) no frigorífico, a uma temperatura inferior a 5° C;
- Os biberões preparadas devem ser utilizados no prazo máximo de 24 horas;
- Retirar do frigorífico a dose necessária e aquecer, imediatamente antes da sua administração;
- Eliminar sobras de tomas reaquecidas, após 2 horas.

Tenha atenção...

- ✓ Mantenha a **embalagem de leite bem fechada e conserve-a num local sem humidade;**
- ✓ **Prazos de validade** da embalagem;
- ✓ Leia as **indicações de preparação do leite dadas pelo fabricante.**

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

19

OS CUIDADOS DO BEBÉ EM CASA...

CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO



Os bebés não necessitam de tomar banho diariamente, no entanto as pregas do pescoço, axilas e virilhas necessitam de uma maior atenção.

O banho não deve ser prolongado, devido ao risco de perda de calor e deve ser realizado em ambiente aquecido sem “correntes de ar”.

Como devo realizar os cuidados aos olhos do meu bebé?

- limpe os olhos do bebé uma vez por dia e sempre que necessário; (utilizar compressas / bolas de algodão e soro fisiológico)
- O movimento utilizado deve ser suave e no sentido da zona mais limpa para a mais suja ou seja de fora para dentro;
- Para cada movimento de limpeza descrito, deve utilizar uma nova compressa / bola de algodão;
- Despiste sinais de infeção: lacrimejar, vermelhidão (rubor), pus (exsudado).

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

20

Como e quando devo mudar a fralda do meu bebê?

- A fralda deve ser mudada sempre que necessário mantendo a pele limpa e seca;
- Limpe a pele do bebê com água tépida e seque a pele, dando especial atenção às pregas cutâneas;
- Tenha em atenção, sinais de assadura (eritema da fralda)/ infecção (coloração avermelhada e erupção cutânea – “borbulhas”).



Que cuidados devo ter na presença de eritema da fralda?

Num determinado momento todos os bebês acabam por fazer uma eritema da fralda, ou seja, uma zona avermelhada tipo queimadura na região das fraldas. Se isto suceder ao seu bebê:

- Mantenha a área limpa, usando sabão neutro e água morna. Assegure-se que não ficam resíduos de sabão;
- Deixe que esta área fique seca antes de colocar a nova fralda;
- Mude a fralda com maior frequência que o habitual;
- Use um creme que funcione como barreira em cada muda de fralda.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

21

- Se a temperatura ambiente permitir, deixe o bebê sem fralda durante alguns períodos, para que a zona do eritema fique exposta ao ar.

Não utilize nesta fase os toalhetes húmidos disponíveis no mercado, podem irritar mais a pele.

Na presença de coto umbilical que cuidados devo ter?

- Limpe o coto umbilical e a pele adjacente sempre que se suje com fezes ou urina, utilizando água tépida e sabão;
- Mantenha o coto umbilical seco e fora da fralda (ausência de contacto com líquidos orgânicos);
- Despiste sinais de possíveis complicações (hemorragia e/ou infeção).
- Em caso de sinais inflamatórios/ infeção, utilize álcool 70%.



Perante a persistência de sinais de infeção deve contactar o médico

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

22

Como devo dar banho ao meu bebe?

- Providencie o material necessário, dispondo o mesmo de forma acessível;
- Avalie a temperatura da água que deverá rondar 37°C através da submersão da face interna do punho ou utilizando termômetro adequado;
- Utilize sabonete com ph neutro;
- Coloque a criança na banheira em posição semi-sentada, segurando a mesma pela axila e apoiando a cabeça no antebraço;



GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

23

- A orientação do banho deve ser céfalo-caudal (comece pela face e pescoço, cabeça, membros superiores, tórax, abdómen e membros inferiores, sucedido pelas regiões posteriores, dorso e nádegas);
- Envolver o bebé na toalha e seque a pele com movimentos suaves dedicando especial atenção às zonas de flexão, pavilhões auriculares e pregas cutâneas;
- Após o banho, proceda à “massagem” com creme hidratante adequado ao Ph da pele do bebé (ph neutro).

Atenção...

Nunca deixe o bebé sozinho !

Após os cuidados de higiene vista o seu bebé para que este arrefeça o menos possível.

No caso do bebé prematuro a capacidade para controlar a temperatura corporal é menor.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

24

OS CUIDADOS DO BEBÉ EM CASA... PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES



VESTUÁRIO

A roupa que veste ao seu bebé deve ser adequada ao seu tamanho e à temperatura ambiente. Preferencialmente, deve optar por roupa de algodão, previamente lavada com detergente próprio para bebés e sem etiquetas em contacto direto com a pele.

Como devo vestir o meu bebé?

A melhor maneira de saber se o bebé está vestido adequadamente é observar a sua pele e tocá-la.

- ❖ Se lhe parece que o bebé está frio reforce o vestuário. Quando o bebé está a dormir ponha-lhe mais uma manta do que nos períodos em que permanece acordado.
- ❖ Se lhe parece que o bebé está inquieto ou irritável com a pele avermelhada e quente, tire-lhe alguma roupa ou manta e verifique a temperatura.

Regra geral, deve vestir o bebé como você se vestiria de acordo com a temperatura.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

25

TEMPERATURA NORMAL E FEBRE



Em crianças de idade inferior a 5 anos a boca e o ânus não devem ser utilizados para avaliação da temperatura .

O local ideal para avaliação da temperatura corporal é a **axila**

Como devo avaliar a temperatura ao meu bebé?

- Mantenha o braço do bebé fixo de encontro ao peito para que o termómetro não se mova. Mantenha-o neste lugar durante o tempo indicado;
- A temperatura axilar deve manter-se entre 36°C e 37,5°C.

IMPORTANTE: Não deve avaliar a temperatura apenas através do toque e na presença de febre não deve administrar nenhum medicamento ao seu bebé sem falar com o seu médico!!!

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

26

Como sei se o meu bebé tem febre?

A febre é uma temperatura axilar acima dos 38°C

- Comece por verificar se o bebé não tem roupa a mais ou se não se encontra num ambiente demasiado aquecido.

Em caso de sobreaquecimento/ arrefecimento deve optar pela técnica de arrefecimento e aquecimento natural;

- Alivie ou reforce o vestuário e/ou roupa da cama;
- Se possível, ajuste a temperatura ambiente.

Deve contactar o médico assistente:

- ✓ Se o seu bebé tem menos de dois meses de idade e se a sua temperatura axilar está acima dos 38° C, mesmo após retirar alguma roupa;
- ✓ Se para além da febre apresenta outros sinais de doença;
- ✓ Se a febre persistir por mais de três dias;
- ✓ Se a temperatura do bebé é mais baixa que 36° C mesmo quando bem agasalhado.

SONO DO BEBÉ



Qual o padrão de sono do meu bebé?

- O que o bebé faz ou como reage ao que se passa à sua volta depende do estado de sono ou de alerta em que se encontra.
- Cada criança tem **ciclos característicos de sono ligeiro e sono profundo**, que já estão definidos à nascença e foram estabelecidos ao longo da gravidez, em sincronia com, os próprios ciclos da mãe em cada dia.

Os padrões de sono vão-se alterando consoante a idade.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

28

Quanto tempo deve o meu bebé dormir?

Os bebés prematuros têm períodos de sono mais prolongados e alternam de estado de sono com mais facilidade.

Em geral o bebé dorme cerca de **16 horas por dia**. A partir dos **18 meses** a segunda sesta é geralmente eliminada e **na idade pré-escolar**, a maioria das crianças dorme apenas durante a noite.

É importante que os pais adotem atitudes que permitam ao bebé aprender a diferença entre o dia e a noite.

Durante o **dia**, brinque e fale mais com ele. À **noite** não o estimule e diminua a intensidade das luzes.

Não deve interromper os períodos de sono do bebé !!!

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

29

POSICIONAMENTOS

Embora seja frequente observarem o seu bebé a dormir de barriga para baixo durante a sua permanência na unidade, não o devem fazer em casa, de forma a diminuir, os riscos de morte súbita. Na unidade os bebés encontram-se monitorizados, havendo uma maior vigilância.

- Pode sim, utilizar este posicionamento quando o bebé está **acordado**, uma vez que o ajuda a fortalecer os músculos do pescoço, as pernas e a parte superior do tronco.



O posicionamento recomendado para o seu bebé dormir é de barriga para cima, com a cabeça lateralizada.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

30

- O bebé deve ser apoiado e posicionado de modo a impedir que role para a posição de barriga para baixo.
- Deve evitar objetos como fraldas ou bonecos perto da face ou nariz pois aumentam o risco de asfixia.



Nunca se esqueça:

- ❖ Verifique as condições do berço e posicionamento da criança

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

31

HABITOS DE ELIMINAÇÃO URINÁRIA E INTESTINAL

É normal que o seu bebé tenha urina em todas as fraldas, o que nem sempre acontece com as dejeções. Alguns bebés têm dejeções após todas as mamadas e outros têm uma dejeção por dia ou de dois em dois dias.

O importante é:

- ✓ A urina deve ser de cor amarelo claro. Fralda sem urina ou em pequena quantidade de forma persistente pode significar que o seu bebé não se está a alimentar convenientemente. **Despiste sinais de possível infeção** (urina concentrada, pequena quantidade, presença de sangue, ardor);
- ✓ As fezes normais são de coloração amarelo/castanho claro e consistência mole. Em caso de dejeções aguadas e abundantes em número superior a 5 ou 6 por dia entre em contacto com o médico assistente ou Saúde 24.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

32

CHORO DO BEBÉ



Chorar é a forma de comunicação mais eficaz do bebê. É assim que expressa o que sente e chama a atenção. Há pelo menos seis tipos de choro: o **choro de fome**, de **cansaço**, de **dor**, de **desconforto**, de **chamar à atenção** e de **descarregar energias**. Se fizer uma análise de cada choro, verá que cada um tem características próprias.

Felizmente os pais não precisam de nenhum equipamento para entender o seu bebê. Alguns estudos demonstram que uma mãe que teve um bebê pela primeira vez aprende a reconhecer pelo menos três dos seis tipos de choro nos dez primeiros dias de vida.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

33

O que fazer se o bebé chora frequentemente?

Muitos bebés terão dias em que vão chorar com frequência. Podem ser mais sensíveis à estimulação e à dor produzida por cólicas.

Alguns conselhos para acalmar o seu bebé:

- ❖ Assegure-se que o bebé não tem fome, não está molhado, não está desconfortável ou com cólicas;
- ❖ Durante a alimentação, ajude-o a eructar se lhe parecer desconfortável;
- ❖ Assegure-se que o bebé não está doente (febre, diarreia, alteração da cor da pele);
- ❖ Aconchegue o seu bebé envolvendo-lhe os braços e as pernas com uma manta;
- ❖ Segure o bebé de encontro ao seu peito de modo a que tenha contacto de pele com pele;
- ❖ Dê um passeio com ele ou embale-o.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

34

Muitos pais descobrem que é difícil manterem-se controlados durante um episódio de choro intenso. Se necessário, telefone ou chame alguém que o possa ajudar, especialmente se se sente ansioso.



Atenção: Evite abanar vigorosamente o bebé na tentativa de o acalmar, para não o expor ao risco de lesões cerebrais!



GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

35

CÓLICAS



Todos os bebês choram. Entre as três semanas e os três meses de vida as crises de choro costumam ser mais intensas e ocorrem predominantemente durante a tarde e o anoitecer. A intensidade do choro pode variar de acordo com o temperamento do bebê e as circunstâncias. Porém, **quando as crises de choro persistem por mais de três horas diárias, mais de três dias numa semana, intercalando com intervalos de bem-estar, os especialistas chamam-lhe cólicas.**

Para os pais as cólicas podem tornar-se stressantes, principalmente porque a causa e a cura não são muito claras, a única coisa que se sabe é que acabam por passar com o tempo.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

36

Existem algumas intervenções para ajudar a consolar o bebé:

Movimento: Embale-o nos braços. Os movimentos parecem vencer a inquietação. Experimente diversas formas de movimento suave, pois cada bebé é único.

Sons: Músicas relaxantes, cante para o bebé.

Contacto: Coloque o bebé aconchegado ao peito ou/e realize uma massagem suave no abdómen no sentido dos ponteiros do relógio, à qual pode associar a flexão das pernas, dobrando-as sobre o abdómen.



Deve ainda ter atenção a...

- ✓ O bebé não tem o nariz obstruído, necessitando de respirar mais pela boca e aumentando a quantidade de ar no tubo digestivo.
- ✓ Não engole muito ar durante a alimentação na mama/biberão por mau posicionamento do mesmo durante as mamadas.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

37

OBSTRUÇÃO NASAL

Que devo fazer se o bebé tem o nariz obstruído?

- Poderá evitar que a atmosfera seque em demasia, não utilizando aquecedores que seque o ar.
- Pode aplicar 1 ou 2 gotas de **soro fisiológico** em cada narina 3 a 4 vezes ao dia.
- Se o bebé apresentar secreções nasais abundantes, após a aplicação de soro tente remover as secreções com ajuda de um **aspirador próprio** para recém-nascidos.

Se a congestão nasal continuar e o bebé não melhorar, procure ajuda junto do médico assistente ou ligue para a Saúde 24.

Os **espirros** ajudam a descongestionar as vias nasais do bebé. Esta é a maneira natural de o ajudar a desfazer-se do pó ou de outro agente irritante. Os espirros podem ser um sinal de que o bebé necessita que o nariz seja limpo com umas gotas de soro fisiológico.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

38

SINAIS DE STRESS NO BEBÉ

Como posso identificar os sinais de Stress no meu bebé?

Os bebés prematuros ainda não têm o seu sistema nervoso completamente desenvolvido e podem ser mais sensíveis aos estímulos comparativamente aos bebés de termo.

Sinais de Stress e de Auto-regulação/ Consolo na criança:

Sinais de stress: Alteração da coloração, espirros, soluços, bocejo, movimentos desorganizados das pernas e das mãos, irritabilidade e choro, desvio do olhar.

Sinais de Auto-regulação/consolo: Levar as mãos à boca, chuchar, fletir o corpo e membros, estar aconchegado, fechar os olhos, tapar os olhos ou orelhas e entrelaçar as mãos ou os pés.

A utilização do **toque**, quando um bebé apresenta sinais de stress é uma método que se tem revelado uma mais-valia na promoção do bem-estar.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

39

IMPORTÂNCIA DO TOQUE



Os seus principais benefícios são:

- Aumento do contacto e facilitação da vinculação pais/criança;
- Diminuição do tempo de choro e irritabilidade;
- Melhor organização dos estados de sono/vigília;
- Acréscimo dos estados de sono profundo;
- Transmissão de conforto e segurança por contacto pele-pele;
- Aumento da confiança e competência dos pais para cuidar da criança;
- Contribui para a libertação de hormonas para a produção de leite.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

40

Pousar das mãos

- Aqueça as mãos através da fricção;
- Toque gentilmente mas sem pressionar. As mãos devem estar relaxadas ao tocar no bebé e devem ser mantidas no segmento do corpo sem as mover;
- Qualquer zona do corpo pode ser submetida a este toque.



Contenção

- Aqueça as mãos através da fricção;
- Utilize as duas mãos para conter o segmento do bebé. Não é apenas pousar as mãos, implica alguma contenção, mas sem pressionar;
- Nesta técnica não existe movimento e apenas funciona como um colo protetor que confere segurança e aninha a criança, através dos corpos dos pais.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

41

PASSEIOS E VISITAS

Quando o bebê finalmente vai para casa, muita gente bem intencionada querará visitá-los. Convém recordar que:

- ✓ Pessoas que estejam constipadas ou com gripe, **não devem visitá-los;**
- ✓ O bebê prematuro é mais sensível às estimulações e pode sentir-se mais confortável sem visitas. Mas se o fizerem, as visitas deverão ser por **tempo limitado e com uma ou duas pessoas** apenas.
- ✓ Não devem permitir que fumem junto do bebê.

Quando posso sair com o meu bebé?

- Os passeios à rua deverão ser feitos de forma gradual e quando o **tempo esteja agradável.**

São de evitar alguns lugares públicos, onde se concentrem muitas pessoas, tais como igrejas, escolas, centros comerciais e salas de espera do serviço de urgência, pelo maior risco de infeção!

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

42

PREOCUPAÇÕES FREQUENTES DOS PAIS



O meu bebé vai ter problemas de saúde a longo prazo?

- ❖ Procure discutir este assunto com o médico ou enfermeiro, eles poderão esclarecer qualquer preocupação ou dúvida que possa ter. No final deste guia existe um espaço reservado, para que os pais anotem todas as suas dúvidas e preocupações, utilize-o e não se esqueça de todas as coisas que queira perguntar.

O crescimento do bebé será afetado pela prematuridade?

- ❖ É impossível dizer como vai ser o crescimento futuro do seu bebé. A equipe de saúde irá fazer o seu seguimento quanto à estatura, peso e perímetro cefálico em cada consulta de rotina, não se esqueça no entanto que até aos dois anos eles são avaliados pela sua idade corrigida.

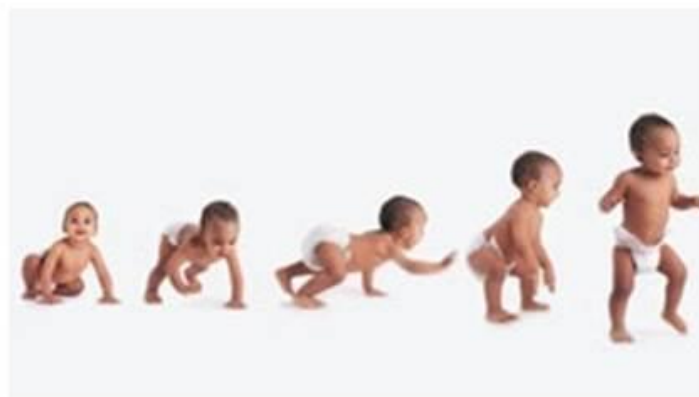
GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

43

O desenvolvimento do meu bebé será adequado?

- ❖ Poderá ser, e esperamos que o seja, mas sabe-se que os bebés prematuros têm mais frequentemente perturbações do desenvolvimento, que os outros bebés, algumas vezes só detetáveis mais tarde. O desenvolvimento do seu bebé será avaliado pela equipa de saúde nas consultas que serão marcadas, por isso é muito importante que não faltem a nenhuma!

Lembrem-se que não devem fazer comparações com os bebés que tenham nascido com a gestação completa porque são crianças com características diferentes nos primeiros meses de vida.



GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

44

VIGILÂNCIA DE SAÚDE



Depois do bebê ter alta como devo fazer a vigilância de saúde?

A vigilância de saúde pode ser efetuada no **centro de saúde** da vossa área de residência ou no **pediatra particular** escolhido por vós.

**Independentemente da vossa escolha
é importante que sigam as orientações dadas
e não falem às consultas programadas.**

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

Consulta de vigilância

A **consulta de vigilância** de saúde deverá ocorrer durante as **duas primeiras semanas** depois da alta do bebê a não ser que exista outra indicação por parte do Neonatologista.

- Se o seu bebê nasceu de parto pré-termo ou com muito baixo peso (< a 1500gr), deve ser acompanhado por um plano de vigilância que se prolonga pela idade escolar. O objetivo deste acompanhamento é fazer o rastreio de eventuais problemas que podem afetar mais frequentemente estas crianças (cognitivo, visão, audição, respiração, desenvolvimento psicomotor) e orientá-las precocemente, em tempo útil no sentido de otimizar todas as suas capacidades.
- Esta vigilância é orientada através da consulta de follow-up (consulta de seguimento do recém-nascido de alto risco, que deve ser planeada quando o bebê tiver alta e à qual não deve faltar.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

46

- Se o bebé necessitar de outras consultas da especialidade, no momento da alta a enfermeira ou medico responsável dar-vos-ão todas as informações necessárias.

Vacinação



Normalmente as primeiras vacinas são realizadas ainda no hospital. No entanto, nos **bebés prematuros** isso **nem sempre acontece**.

É muito importante seguir o calendário de vacinas, que serão realizadas no seu Centro de Saúde.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

47

Como posso saber se o meu bebé está doente?



Algumas das situações que podemos encontrar:

- ✓ Alterações do padrão respiratório do bebé (respiração muito rápida, coloca a barriga para dentro, faz covinhas entre as costelas, abre as asas do nariz e pode apresentar os lábios azulados);
- ✓ Choro excessivo ou irritabilidade;
- ✓ Dificuldade para acordar o bebé, que pode não estar tão ativo como é hábito;
- ✓ Uma alteração persistente na alimentação;
- ✓ Vomitar em todas as refeições ou na maioria delas;

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

48

- ✓ Dejeções frequentes e com características diferentes do habitual em termos de cor, consistência ou cheiro;
- ✓ Menos fraldas molhadas ou urina de cor escura ou com presença de sangue;
- ✓ Pele azulada ou pálida;
- ✓ Febre.

Não hesite em:

Contactar o seu médico assistente,
ir ao **Centro de Saúde** da sua área de residência
ou telefonar para **SAÚDE 24**
(Tel. 808.24 24 00)

Nenhuma pergunta é disparatada ou sem importância.

É papel dos profissionais de Saúde responder às dúvidas que os pais tenham.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

49

INFORMAÇÕES UTEIS

Quais os medicamentos que o bebé irá fazer?

Nome	Dose	Horário

As consultas de Especialidade que estão marcadas no Hospital?

Consulta	Dia e Mês	Horário

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

50

Telefones Importantes

Serviço Nacional de Emergência Médica (INEM)	112
Saúde 24	808 24 24 00
Serviço de Neonatologia do HGO	21 272 68 36/37
Centro de Saúde	
Médico Assistente	

ESPAÇO PARA DÚVIDAS E PREOCUPAÇÕES DOS PAIS

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

51

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e Família. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 331-411). Loures: Lusociência.
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Orientação nº1/2010 (16/09/2010). Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*. Lisboa: DGS.
- Fernandes, A., Fernandes, C. A., Amador, A., & Guimarães, F. (2012). Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais? *Acta Pediátrica Portuguesa*, pp. 59-62.
- Gomella, T. L., Cunningham, M. D., Eyal, F. G., & Zenk, K. E. (2004). *Neonatology: Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs* (5 ed.). New York: The McGraw-Hill Companies.
- Herzog, L., & Phillips, S. G. (2011). Addressing Concerns About Fever. *Clinical Pediatrics*, 50, pp. 383-390.
- Kenner, C., Brueggemeyer, A., & Gunderson, L. P. (1993). *Comprehensive Neonatal Nursing Care - A physiologic perspective* (5 ed.). Philadelphia: Saunders.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno Edição revista 2012*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Martin, R. J., Fanaroff, A. A., & Walsh, M. C. (2011). *Neonatal-Perinatal Medicine – diseases of the fetus and infant* (9 ed.). New York: Elsevier.
- Martins, V., Guimarães, H., Tomé, T., & Albuquerque, M. (2003). Cuidados com o Cordão Umbilical. *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da SPP*, 20, pp. 8-9.
- Myers, T. (Dezembro-Janeiro de 2007). Kineste: The Language of Movement. *Massage Bodywork*, pp. 18-24.
- Paul, S. P., Mayhew, J., & Mee, A. (2011). Safe management and prescribing for fever in children. *Prescribing*, 9.
- Schneider, V. (2008). *Masaje Infantil, Guía Prática Para El Padre y la Madre* (4 ed.). Barcelona: Medici.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013 de Setembro de 2013). *Transporte do Recém-nascido no automóvel*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Neonatologia: <http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/File/O%20transporte%20em%20automovel%20-%20Como%20levar%20o%20prematuro.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (Setembro/Outubro de 2012). Alimentação e Nutrição do Lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43-5.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2013 de Setembro de 2013). *Prevenção da morte súbita*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Pediatria: <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=33>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção de Neonatologia. (29 de Setembro de 2013). *Notas antes da ida para casa do bebé prematuro*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Pediatria: <http://www.lusoneonatologia.com/pt/pagina/6/documentacao/>
- Takayama, J. I., Teng, W., Uyemoto, J., Newman, T. B., & H., P. (Setembro de 2000). Body Temperature of Newborns: What is Normal? *Clinical Pediatrics*, 39(9), pp. 503-510.
- Tamez, R., & Silva, M. (2009). *Enfermagem na UTI Neonatal – Assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Takayama, J. I., Teng, W., Uyemoto, J., Newman, T. B., & H., P. (Setembro de 2000). Body Temperature of Newborns: What is Normal? *Clinical Pediatrics*, 39(9), pp. 503-510.
- Tamez, R., & Silva, M. (2009). *Enfermagem na UTI Neonatal – Assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 240-293). Loures: Lusodência.
- Wilson, D. (2014). Problemas de Saúde no 1º Ano de Vida. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 553-586). Loures: Lusodência.
- World Health Organization. (1998). *Care of the umbilical cord*. WHO/FHE/MSM-cord care. Genebra: WHO.
- World Health Organization. (2015). *Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula : guidelines*. Genebra: WHO.

GUIA DE ACONSELHAMENTO AOS PAIS

53



Autor:

Solange Cardoso,
no âmbito do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria

Sob a orientação:

Enfª Maria Florinda Branquinho
Profª Maria Teresa Magão

Colaboração:

Equipa de Enfermagem da UCINP
Grupo de pais "Palmo e Maio"

Guia original elaborado por:

Sónia Colaço e Raquel Gomes

Fevereiro, 2016