



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

**Para um percurso de desenvolvimento de competências do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
- Um Projecto de uma Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido -**

Joana Cardoso Alves de Campos Pinto Figueiredo

2011





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

**Para um percurso de desenvolvimento de competências do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

- Um Projecto de uma Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido -

Joana Cardoso Alves de Campos Pinto Figueiredo

Relatório de Estágio orientado por:

Teresa Oliveira Marçal

Helena Conduto

2011



Agradecimentos

A realização deste relatório não teria sido possível sem a colaboração imprescindível de algumas pessoas. Assim, entre muitas destaco:

À minha orientadora Professora Teresa Oliveira Marçal, pelo carinho com que me recebeu, pelo apoio, incentivo e orientações que me proporcionou ao longo deste trabalho.

À minha co-orientadora Enfermeira Helena Conduto por partilhar comigo os seus saberes e por todo o apoio dado ao longo deste trabalho.

À minha filha Mariana, que foi gerada, nascida e criada ao longo de todo este projecto e por ter sido a minha fonte de felicidade, amor e motivação.

Ao meu marido e a toda a minha família pelo seu apoio e compreensão, dando-me forças para nunca desistir.

A todos os enfermeiros que me receberam, acarinharam e me transmitiram os seus conhecimentos pelos locais de estágio por onde passei.

A todos os colegas de turma por termos feito este caminho lado a lado, com entreaajuda e amizade.

“... As pessoas com pensamento crítico acreditam sempre que há lugar para o aperfeiçoamento”.

Rosalinda Alfaro Lefevre

RESUMO

O nascimento de um filho é um acontecimento estruturante. Durante o período pós-parto os Pais têm de se adaptar às múltiplas alterações que se lhes colocam a nível físico, psicológico e relacional, decorrentes das modificações impostas à dinâmica familiar pela integração de um novo membro na família.

De uma aprendizagem feita em famílias alargadas, em comunidade numa dinâmica de transmissão de informações intergeracionais, vivemos hoje numa sociedade altamente móvel em que os casais vivem distanciados das suas famílias, sentindo-se sós. Grande parte destes casais não tem experiência de cuidar de uma criança ou a sua convivência foi exígua, fazendo com que a mulher tenha uma maior dificuldade de adaptação à maternidade, o mesmo acontece também ao futuro pai, levando-os a estar plenamente conscientes de que, ter um bebé implica começar a fazer algo que desconhecem totalmente, exigindo assim do casal uma reorganização que requer adaptação a um novo modelo familiar. São frequentes os testemunhos de que em cada dia que o embrião cresce surge, aos futuros pais, uma infinidade de dúvidas e receios: Será que vamos saber cuidar do nosso filho? E se o nosso bebé chorar como é que vamos saber qual a atitude correcta a tomar? Será que vou ter leite? Que atitudes podemos tomar para ajudar o nosso bebé a desenvolver-se da melhor forma?

Todas estas dúvidas e inseguranças que muitas vezes assolam os pais, tem um peso enorme para o casal, ao mesmo tempo que surgem estas questões, existe cada vez maior interesse por parte das mulheres/casais por uma procura de informação no que diz respeito à gravidez, transição para a parentalidade e os cuidados a ter com um bebé após o nascimento.

Da minha experiência, com jovens pais, constatei no meu serviço, que estes apresentam e/ou sentem um défice de competências para viver o período pós-parto de forma tranquila e equilibrada.

Os pais referem sobretudo três grandes dificuldades: 1) *no relacionamento do recém-nascido em casa, a nível da identificação das suas necessidades, da amamentação e dos estados de consciência do recém-nascido; 2) na prestação de cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido, principalmente no banho e nos cuidados ao coto umbilical; 3) e na prestação de cuidados que visam a segurança e a prevenção de acidentes.*

Como enfermeira, a exercer funções há dois anos nas Consultas de Pediatria, e após me ter confrontado com todos estes problemas e dúvidas dos pais, nomeadamente antes da primeira consulta médica (habitualmente marcada nos primeiros 15 dias de vida do recém-nascido) considerei pertinente e oportuno, no âmbito do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a criação de um programa de implementação de uma **consulta de enfermagem ao recém-nascido**.

Debrucei-me assim sobre a promoção dos cuidados antecipatórios realizados pelo enfermeiro que incidem sobre um vasto leque de comportamentos promotores de saúde, correspondentes a um conjunto de focos de atenção relevantes para a Enfermagem¹, nomeadamente: **Parentalidade/ Adaptação à Parentalidade; Vinculação/Ligação pais-filho; Desenvolvimento Infantil; Amamentação/ Amamentação Exclusiva; Auto-cuidado; Sono e Repouso; Comunicação/ Estimulação e Socialização; Choro; Eructação; Cólicas e Febre**.

Assim, foram esses focos objecto de atenção do enquadramento teórico que suportou todos os meus estágios assim como a elaboração do projecto referido, tendo como modelo de cuidados de enfermagem o cuidar em parceria à criança e família.

Neste sentido, com o objectivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, ajudando os pais no processo de transição para a parentalidade, foi planeado um percurso, ao longo dos diferentes estágios, para aquisição de competências de natureza científica, técnica, humana e ética, que permitam de forma responsável a realização de intervenções especializadas de carácter autónomo e interdependente. O caminho por mim percorrido ao longo de todo o curso foi norteado por dois grandes pilares: o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria e o desenvolvimento de competências para a implementação de uma consulta de enfermagem aos pais e recém-nascido.

Este caminho para a aquisição de competências só se tornou exequível através da experiência dos diversos contextos da prática clínica, em que foi possível através da prestação de cuidados a observação de situações significativas, que me levaram analisar e reflectir, através da mobilização da evidência recente e do aprofundamento de conceitos e que sem dúvida as aprendizagens desenvolvidas ao longo dos estágios realizados contribuíram para o alcance dos objectivos propostos.

¹ CIPE

ABSTRACT

The birth of a child is a structuring event. During the postpartum period, parents must adapt to the many physical, psychological and relational issues they face, arising from the changes imposed on the family dynamics by integrating a new family member.

From learning prepared in extended families, in a dynamic community of intergenerational transmission of information that we now live in, a highly mobile society in which couples live apart from their families, feeling unaided. Most of these couples have no experience of caring for a child or their experience was sparse, so that women have greater difficulty in adjusting to motherhood, so too the future father, leading them to be fully aware that, having a baby means start doing something they know nothing about, thus requiring a couple to a reorganization that obliges an adaption to a new family model. There are frequent statements that each day that the embryo grows, arise, to future parents, a myriad of doubts and fears: Will we learn to take care of our son? And if our baby cry how do we know which is the correct thing to do? Do I have milk? What actions can we take to help our baby to develop the best way?

All these doubts and insecurities that often plague parents result in a enormous burden for the couple, while these issues arise, there is growing interest by women/couples in looking for information regarding pregnancy, transition to parenthood and the care of a baby after birth.

From my experience, with young parents, I found in my service, they show and/or feel a shortage of skills to live the postpartum period in a peaceful and balanced fashion.

Parents refer mainly three major difficulties: 1) *the relationship of the newborn at home, at identifying their needs, breastfeeding and states of consciousness of the newborn*, 2) *the provision of hygiene and comfort to the newborn, especially in the bath and in the care of the umbilical stump*, 3) *and the provision of care aimed at safety and accident prevention*.

As a nurse holding functions for two years in Paediatric Services, and after I was confronted with all these problems and questions from parents, especially before the first medical consultation (usually marked in the first 15 days of life of the newborn), I considered relevant and appropriate, in the scope of the Master's Degree and

Postgraduate Degree in Nursing for Child Health and Paediatrics, the creation of a program to implement a **nursing appointment to the newborn**.

So I leaned on promoting anticipatory care performed by nurses that focus on a wide range of health-promoting behaviours, corresponding to a set of focal points relevant to nursing², such as: **Parenting / Adaptation to Parenthood; Linking / Link parents child, Child Development; Breastfeeding / Exclusive Breastfeeding, Self-care; Sleep and Rest; Communication / Stimulation and Socialization; Crying; Belching, cramping and fever.**

Thus, these focus points were the subject of attention of the theoretical framework that supported all my internships as well as the project drafting, taking as a model of nursing the care partnership with the child and family.

In this sense, with the aim of contributing to improving the quality of health care, helping parents in the transition to parenthood, a route was planned, along the different stages to acquire skills in scientific, technical, and human ethics, that allow to responsibly carry out specialized procedures on an autonomous and interdependent approach. The path traversed by me throughout the course was supported by two main pillars: the development of skills of specialist nurses in Paediatric and child health and development of skills for the implementation of a nursing consultation to parents and newborn.

This path for the acquisition of skills has become feasible only through the experience of the various contexts of clinical practice, in which was possible from the provision of care to observation of significant situations, which led me to analyze and reflect, through mobilization of recent evidence and the deepening of concepts and surely the learning developed over the stages undertaken contributed to the achievement of proposed objectives.

² CIPE

Sumário

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I – IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA..	15
I. As necessidades de intervenção aos pais e recém-nascido no serviço de Consultas de Pediatria	15
II. A Transição para a parentalidade	16
III. O recém-nascido e o processo de vinculação	21
IV. O Cuidar em parceria como modelo de cuidados de enfermagem à criança e família	23
CAPÍTULO II – DO TRABALHO DESENVOLVIDO NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA AOS SEUS CONTRIBUTOS PARA O PERCURSO DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E PARA CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA.....	27
I. O Enfermeiro no diagnóstico das competências e identificação das dificuldades dos pais no cuidar ao Recém-Nascido.....	28
II. O Enfermeiro e a promoção de competências parentais nos pais de um Recém-Nascido.	32
i. O Enfermeiro e a relação de parceria para promoção das competências parentais.....	36
III. O processo de tomada de decisão no âmbito do atendimento ao Recém- Nascido - sua relação com os sistemas de informação em enfermagem	40
CAPÍTULO III – PROGRAMA DE UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO.....	47
II. Fase de Implementação da Consulta	50
i. Referenciação e Acolhimento.....	50
ii. 1ª Consulta de Enfermagem.....	51
iii. Registos de Enfermagem.....	53
iv. Avaliação.....	54
CAPÍTULO IV – PARA UM NOVO CORPO DE COMPETÊNCIAS... Dos contributos das experiências de estágio a uma visão de futuro	56
CONCLUSÃO	63
BIBLIOGRAFIA.....	65
ANEXOS	74
Anexo 1 – Cronograma 3º Semestre	
Anexo 2 – Objectivos de Estágio – 3ºSemestre	
Anexo 3 – Guia Orientador para a Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido	
Anexo 4 – Focos de Atenção de Enfermagem	
Anexo 5 – Procedimentos de Diagnóstico	

Anexo 6 – Folha de Registos

Anexo 7 – Poster

Anexo 8 – Cartão-de-Visita

Anexo 9 – Teste de Sheridan

Anexo 10 – Escala de Avaliação de Competências Parentais nos Cuidados ao RN de Risco

Anexo 11 – Family Nursing Practice Scale

Anexo 12 – Dossier de consulta sobre os temas/ focos de atenção em suporte informático

SIGLAS E ABREVIATURAS

CS – Centro de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

HCD – Hospital Cuf Descobertas

OE - Ordem dos Enfermeiros

PE – Processo de Enfermagem

RN – Recém-Nascido

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório de Estágio insere-se no Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Nele pretendo apresentar o percurso de formação por mim percorrido ao longo destes três semestres bem como as competências específicas desenvolvidas.

Sendo que, *“a competência envolve a questão do saber e do saber-fazer, a questão intelectual e o discernimento comportamental”* (RUTHES e CUNHA, 2008, p.110) ou seja engloba não somente o conhecimento teórico mas também o conhecimento prático, tornou-se de especial relevância a construção de um projecto pessoal que me permitisse o desenvolvimento e/ou a aquisição das competências esperadas para um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria. De acordo com Dias (2006, p.17) *“Os modelos de formação para a competência visam ajudar, de forma integrada, cada sujeito em formação a desenvolver as suas capacidades criativas, de tomada de decisão, aprender a aprender e a reflectir sobre as práticas”*.

Neste sentido, o relatório elaborado explicita as aprendizagens planeadas e desenvolvidas no confronto com a prática através do desenvolvimento de uma atitude reflexiva e com recurso à evidência recente no âmbito das problemáticas trabalhadas.

Partindo da minha experiência, de um desejo profundo de mudança e da consciência das necessidades existentes no contexto da minha prática de trabalho surgiu a problemática presente neste processo de construção: A implementação de um Programa de uma *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido*.

Aliada à formação desenvolvida ao longo dos dois primeiros semestres com o reforço e desenvolvimento de capacidades de investigação, raciocínio crítico e argumentação, no estágio foi possível desenvolver competências na prestação, gestão e na supervisão de cuidados especializados ao recém-nascido e pais.

Como profissional de saúde em geral e futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria, em particular a nível dos cuidados de saúde primários, tenho como cuidadora e educadora que sou, a missão de ajudar os futuros pais na complexa tarefa na sua transição para a parentalidade e proporcionar esta continuidade entre a assistência na gravidez e as consultas de enfermagem ao recém-nascido no

esclarecimento de dúvidas e reforçando as capacidades dos pais para a sua função parental.

No sentido de serem delineadas estratégias na promoção das competências da parentalidade, o apoio proporcionado aos pais nas consultas de enfermagem através da informação antecipada e no esclarecimento de dúvidas constitui um crescente na relação pais-filhos, pais-profissionais,

Já em 1999, Whaley e Wong defendiam que esta consulta de enfermagem será sempre uma mais-valia para atender às necessidades essenciais da família/RN/criança/adolescente.

Reforçando a mesma ideia, Andrade e Pereira (2005) referem que a consulta de enfermagem consiste numa actividade que, tendo por base uma metodologia de resolução de problemas, tem o propósito de ajudar a pessoa numa determinada fase do seu ciclo vital, a atingir a máxima independência na realização das actividades de vida.

Assim sendo, um dos principais objectivos norteadores da consulta de enfermagem é promover a saúde do utente pediátrico e o desenvolvimento infantil no seu máximo potencial.

Intervir com a família constitui uma máxima nos cuidados de enfermagem. Ao desenvolver um trabalho de parceria com as famílias, os enfermeiros têm excelentes oportunidades de reforçar as competências parentais, no sentido de aumentar a capacidade das famílias desempenharem um papel activo e compreensivo, no desenvolvimento da criança.

Uma intervenção adequada às necessidades da família e da criança constitui uma estratégia preventiva de cuidados de saúde. Neste sentido, Brazelton e Greenspan (2003b) defendem uma prestação de cuidados de saúde direccionada para uma perspectiva mais preventiva de intervenção.

Prevenir significa intervir antes que os problemas de saúde aconteçam. Unir esforços conjuntos para uma intervenção antecipatória é a grande aposta que leva à mudança do estado de saúde das populações. Neste contexto, também já Gomes-Pedro (1999) referia que uma estratégia coerente de intervenção antecipatória era considerada uma prioridade pela O.M.S. Os enfermeiros em saúde infantil e pediatria têm a oportunidade de ajudar os pais através desta intervenção antecipatória, preparando-os na adaptação para a parentalidade e nas suas competências parentais durante o período de gravidez

dando seguimento após o nascimento nas consultas de enfermagem de saúde infantil reforçando as suas capacidades, orientando-os para o bom desenvolvimento infantil saudável do seu filho.

Os primeiros anos de vida constituem a fase mais crítica, sensível e vulnerável no desenvolvimento de qualquer criança, sendo o período em que se estabelecem as bases para o desenvolvimento holístico. Por isso as crianças não podem ser negligenciadas nos seus primeiros anos.

O presente relatório encontra-se delineado tendo em conta a apresentação da problemática de partida, realizada ao longo do capítulo 1, terminando com a explicitação do programa da consulta de enfermagem ao recém-nascido delineado. Posteriormente, no segundo capítulo, serão abordadas as aprendizagens mais significativas desenvolvidas ao longo dos estágios: Centro de Saúde dos Olivais, Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Especiais Pediátrica (UCEPE) do HSF, Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Urgências Pediátricas e Serviço de Consultas Externas de Pediatria do HCD, alicerçando as temáticas abordadas na evidência recente e nos referenciais teóricos estudados.

No terceiro capítulo, numa dinâmica do pensamento à acção, será relatada a construção das várias fases do Programa da Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido.

E por fim, no último capítulo, um olhar sobre o caminho percorrido, pretendendo-se reflectir sobre as aprendizagens vividas e seu contributo para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria à minha visão de futuro como especialista e mentora do programa.

CAPÍTULO I – IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA

I. As necessidades de intervenção aos pais e recém-nascido no serviço de Consultas de Pediatria

Sendo os pais não só a célula fundamental da vida, mas essencialmente o alicerce de protecção, de socialização e da promoção da máxima autonomia dos seus filhos e sabendo que cada criança é um ser único, na sua forma de pensar, sentir reagir e essencialmente de se desenvolver ao longo do seu ciclo vital, como tal, deverá ser respeitada e tratada como um ser possuidor de potencialidades que evoluem concomitantemente com as condições do meio onde está inserida, tendo assim o seu valor próprio.

Na área Assistencial de Enfermagem os Hospitais CUF têm como visão serem hospitais de referência na prestação de cuidados de Enfermagem em termos nacionais. Prestar cuidados de Enfermagem com o fim de conservar a vida, aliviar o sofrimento e promover a saúde, através da procura permanente da excelência no exercício profissional e em consonância com os objectivos de eficiência e efectividade definidos para os Hospitais Cuf, é a principal missão presente no quadro de referência dos seus Enfermeiros.

Os seus valores estão centrados nos clientes e famílias e orientados pelos valores organizacionais: Desenvolvimento Humano, Competência, Inovação e Dignidade e Bem-estar da pessoa, em consonância com os valores universais a observar na relação profissional e aos princípios orientadores da actividade dos enfermeiros, emergentes do artigo 78º do código deontológico do enfermeiro.

Os Enfermeiros da CUF são, individualmente responsáveis, face aos clientes pela preservação dos seus valores, atitudes e comportamentos.

O Hospital Cuf assegura que todos os clientes e famílias tenham o direito a usufruírem de Cuidados de Enfermagem efectivos e de qualidade. Perseguindo os mais elevados níveis de satisfação dos clientes e famílias. Ajudando-os a alcançarem o máximo potencial de saúde, procurando prevenir complicações e maximizar o bem-estar dos clientes e suplementando as actividades de vida relativamente às quais os clientes são dependentes.

Deste modo, vêm reconhecido o contributo pessoal e profissional dos enfermeiros para serem atingidos os objectivos globais dos Hospitais CUF. Devem aceitar os desafios como oportunidade de crescimento individual e colectivo, com o propósito de promover, apoiar e participar em actividades de pesquisa e ensino quer seja no âmbito dos protocolos assumidos com os estabelecimentos de ensino, quer seja no contexto de formação contínua de pares ou de outros profissionais.

A “*ética, a sinceridade e a transparência*” presentes nos documentos do hospital são características na nossa valorização pessoal e profissional através da procura permanente do equilíbrio de todas as dimensões do conhecimento: “o saber”, “o saber ser” e “o saber fazer”. Deste modo, verdadeiramente mobilizadores dos deveres presentes Código Deontológico do Enfermeiro.

Assim, tendo por base estes pressupostos e por ter a convicção que a área da Saúde Infantil é uma área que demanda muito atenção por parte do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria e por ter consciência que estes profissionais por se dedicarem às crianças se tornam não só um “elemento de referência” para a família como o gestor das respostas às necessidades identificadas, articulando-se com os recursos existentes, tomei a decisão de trabalhar no meu projecto a construção de um programa de uma *consulta de enfermagem ao recém-nascido*.

II. A Transição para a parentalidade

O nascimento de uma criança representa uma dualidade de sentimentos para os pais. Se por um lado se demonstra em felicidade pela realização de um sonho, por outro transforma-se em momentos de dificuldade e até de angústia resultantes da prestação de cuidados quase em permanência ao RN. No entanto, a total dependência do RN demonstra-se numa importante oportunidade de desenvolvimento de competências dos pais, no seu cuidar. (Salonen, 2010)

O nascimento do primeiro filho vem provocar profundas transformações na vida do casal, criando novos papéis, o de mãe e de pai sendo que estes papéis têm um carácter definitivo e irreversível, pois uma vez mãe ou pai nunca mais o deixarão de ser enquanto os seus filhos viverem (Cruz, 2005; Silva, 2006; Bobak, 1999), sendo ainda que “*a adição de um recém-nascido à família provoca mudanças mais profundas e desafios de que qualquer outro nível desenvolvimental do ciclo vital. Novos papéis*

precisam de ser aprendidos, novas relações serem desenvolvidas e as relações existentes serem realinhadas”. (Martins, 2010:70)

Parentalidade não é mais que um processo permanente cujo objectivo é facilitar o desenvolvimento do recém-nascido para que este se torne um indivíduo saudável e bem-ajustado. É definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2005) como sendo uma acção de tomar conta através da assumpção das responsabilidades de ser mãe e/ou pai, desenvolvendo comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar, promovendo o crescimento e desenvolvimento das crianças e interiorizando as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos inerentes ao papel.

Mas, o estilo e o comportamento individual de parentalidade são influenciados por uma variedade de características nas quais se incluem a própria experiência enquanto filhos, características individuais e características da criança assim como, embora mais distantes, influências sociais e culturais incluindo a presença ou ausência de suporte social, exigências do emprego e normas culturais. (Waylen e Stewart-Brown, 2008; Andreani, 2006). Também De acordo com Barnard (1994) a interacção pais-criança é influenciada pelos pais, pela criança e pelo ambiente.

Tendo em conta as grandes e profundas transformações que vivemos actualmente na nossa sociedade, há um despertar para a necessidade de desenvolvimento de novos métodos de trabalho junto da recente família que nasce, juntamente com a criança. *“A maternidade afigura-se como um processo de vida e um investimento experiencial e formativo que em muito se distânciava do ser-se mãe há algumas décadas atrás.”* (Gonçalves, 2008:60)

A maioria dos pais já não descende de famílias nucleares onde era partilhado o cuidar de bebés. Os avós moram cada vez mais longe, diminuindo o suporte, e a vontade dos pais de quererem fazer tudo sozinhos poderá acentuá-la. Associado a tudo isto e já desde 1992 que se reconhece, segundo Brazelton, os escassos apoios da sociedade aos pais primíparos.

A parentalidade tem ganho valorização sendo hoje considerada um foco de atenção de alta sensibilidade para a enfermagem. É importante que se conheça a forma como os pais vivenciam a parentalidade, a sua perspectiva e quais as suas verdadeiras necessidades, para que se desenvolvam intervenções ajustadas. (Soares, 2008).

Prestar assistência à família ao longo do seu ciclo de desenvolvimento, nomeadamente nas etapas significativas da vida dos seus elementos, especialmente no tornar-se mãe e tornar-se pai, assume-se como uma prioridade para os enfermeiros. *“Os futuros pais precisam de ser orientados na transição entre ser cuidado e ser cuidador, assegurando uma família mais feliz e ajustada.”* (Bergami e Berthaud in Medeiros e Santos, 2009, p.17).

Estamos perante um período que pode ser entendido como de transição. Segundo a perspectiva de Meleis (2010) a transição é definida de um modo geral como sendo o início de um processo de mudança que leva à passagem de um estado de estabilidade para outro estado de estabilidade. Ou seja, é o processo intermédio ou de passagem entre dois estádios de estabilidade. De acordo com a mesma autora (2010), este processo inicia-se assim que um evento ou uma mudança é antecipada, e implica *“uma mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, expectativas e habilidades. Transição exige à pessoa a incorporação de novo conhecimento, a alteração de comportamentos e portanto a alteração da definição de si mesmo no contexto social.”* (Meleis, 1991:103)

Os enfermeiros lidam com pessoas que estão a antecipar, a experienciar ou a completar o acto de uma transição. São frequentemente os primeiros prestadores de cuidados dos clientes e das famílias que se encontram num processo de transição, tendo em consideração as mudanças e as exigências que esta acarreta nas suas vidas. Para além disso, os enfermeiros são os prestadores de cuidados que preparam os clientes para a transição eminente e, são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença do cliente (Meleis et al., 2000).

Este processo não pode ser percebido isoladamente do ambiente, *“Como os seres humanos lidam (cope) com as transições e como o ambiente afecta esse coping, são questões fundamentais para a enfermagem. A enfermagem visa maximizar as forças do cliente, presentes ou potenciais ou contribuir para o restabelecimento de um óptimo nível de saúde, função, conforto e auto-realização do cliente.”* (Meleis, 2010:104).

Através da compreensão das experiências e respostas dos clientes durante os períodos de transição, surge a vulnerabilidade. Esta, está relacionada com a experiência de transição, interações e condições ambientais que expõem o indivíduo a

um potencial dano, a recuperações alargadas ou problemáticas e a um coping atrasado ou não saudável. (Meleis et al, 2000).

Os processos de transição apresentam um padrão de multiplicidade e complexidade, podendo cada indivíduo experienciar pelo menos 2 tipos de transição ao mesmo tempo. Apesar de todas as transições serem importantes no campo da enfermagem, a transição para a maternidade tem recebido a maior parte da atenção na literatura de enfermagem.

A experiência de parentalidade é por vezes também caracterizada pelo aparecimento de sentimentos de insegurança, incapacidade, tensão emocional, dificuldade e ansiedade, poderão comprometer, quer a nível imediato quer futuro, a saúde da criança e dos próprios pais (Soares, 2008).

Desta forma, o nascimento pode também ser desencadeador de momentos de stress e ansiedade, motivados pela insegurança, não só quanto aos cuidados ao recém-nascido, mas também quanto aos novos papéis a assumir e às conseqüentes alterações no seio da família. *“Essas diferenças irão depender de inúmeros factores, desde aqueles individuais, familiares, de experiência de vida e também de origem de camada social e contexto cultural.”* (Andreani, 2006, p. 15)

De acordo com Martins (2010) *“O quotidiano do exercício parental engloba a função de compreender e solucionar as pequenas questões relacionadas com o bem-estar do bebé”* (p.67) sendo que, e de acordo com o mesmo autor, os pais sentem insegurança e dificuldade face a novas situações com que se deparam nomeadamente no que concerne à saciedade e necessidades do bebé, descodificação do choro, vestuário e manutenção da temperatura corporal do bebé aquando as saídas de casa, produção de leite materno e encerramento da fontanela.

As grandes preocupações parentais surgem após o nascimento da criança e cingem-se essencialmente aos problemas relacionados com as actividades básicas da criança. *“Estas importantes áreas de preocupação materna são também áreas cruciais do comportamento do bebé, reflectindo o funcionamento da unidade mãe-criança durante o período neonatal.”* (Moreira et al, 2009:84)

Compreender a criança e conhecer as suas necessidades são processos que necessitam de orientação, tendo por base as suas competências, para que se possa promover um desenvolvimento adequado.

“A enfermeira que compreende o processo parental, incluindo os ajustamentos dos pais, irmãos e avós, está bem preparada para ajudar os membros da família na transição para a parentalidade/paternidade” (Bobak,1999:468).

A gravidez, o parto e o nascimento são fases de grande transformação quer físicas quer emocionais na vida de uma mulher, mas também com repercussões na figura paterna. *“São nove meses de preparação que culminam com o nascimento de um novo ser que irá integrar-se na família”.* (Pereira, 2009, p.28).

Mas apesar de o nascimento de uma criança ser quase sempre idealizado como sendo um momento desejado e de felicidade no seio da sua família, criando expectativas *“em torno da maternidade e da paternidade como algo maravilhoso e que só traz alegrias. Esperam um bebé lindo e participante que provocará nos pais um amor arrebatador e, muitas vezes, tais expectativas não se confirmam.”* (Medeiros e Santos, 2009, p.17), este trás o despoletar de uma nova etapa em que o filho deixa de ser o imaginado e idealizado, e passa a ser real. Aquele bebé sonhado que sorri, entenece e surpreende, no fundo também chora, teima em não adormecer e por vezes provoca sentimentos de desespero.

De acordo com Andreani (2006, p. 13) citando Menezes (2001) *“o nascimento do primeiro filho é um momento de extrema importância na vida familiar, conjugal e individual o que evoca oportunidades, mas também perigos pois o casal deverá negociar seus valores, desejos e seu papel no sistema familiar enquanto indivíduos, enquanto casal e enquanto pais.”*

Esta nova alteração do sistema familiar, em que o casal deixa de ser apenas marido e mulher passando também a ser pai e mãe, quando sentida como uma situação adversa pelas alterações que origina nomeadamente a nível da relação do casal, situação sócio-económica e hábitos de vida, poderá ser assumida como um momento de crise, podendo *“romper a união do casal e reduzir a sua intimidade e afeição”* (Hockenberry, Wilson e Winkelstein, 2006, p. 42).

Este processo inicia-se assim que o casal tem conhecimento da gravidez e prolonga-se até que esteja realmente estabelecida. Para tal há um conjunto de conhecimentos que terão de ser adquiridos, assim como alterações de comportamento que terão de acontecer, e que irão originar a aquisição de competências parentais.

A aquisição de competências parentais é fundamental para que esta transição seja facilitada e os pais adquiram sentimentos de Perícia. Este, é um árduo caminho a

percorrer para a família, e segundo Meleis (2010, p.13) “os enfermeiros são os principais cuidadores do cliente e sua família que estão a passar por um processo de transição, assistindo às mudanças e exigências que esta traz para o seu quotidiano”, sendo que “o enfermeiro pode actuar nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis, de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo, como exemplo, a preparação à maternidade” (MURPHY, 1990 in ZAGONEL, 1999, p. 26)

Assim sendo, o enfermeiro assume um papel importante de apoio à família, no processo de aquisição das competências parentais, com o intuito de estes vivenciarem o processo de transição para a parentalidade de uma forma harmoniosa, pois este tem em conta que “a transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente. (Zagonel, 1999, p. 28).

Não há transição para a parentalidade sem vinculação. São fenómenos indissociáveis e fundamentais no aprofundamento do cuidar ao recém-nascido. Bowlby descreve esta relação pais-filho como sendo “a primeira relação humana de uma criança como pedra fundamental sobre a qual se edifica a sua personalidade” (2002, p. 219).

É fundamental, promover o vínculo do bebé com os seus pais. Hockenberry et al. (2006) referem que o “(...) vínculo materno é um processo cumulativo que se inicia antes da concepção, fortalece-se por momentos significativos durante a gravidez e amadurece por meio do contacto mãe-filho durante o período neonatal e a primeira infância.”

III. O recém-nascido e o processo de vinculação

Ao longo dos anos o conceito de vinculação tem sido vastamente estudado e abordado por vários autores, dando-se constantemente ênfase à importância do estabelecimento do vínculo afectivo entre Pais e filhos.

Bowlby em 1958 elaborou a *Teoria da Vinculação*, que postula que existe uma componente fundamental da natureza humana que é a propensão para estabelecer elos afectivos fortes, com determinadas pessoas em particular. Esta tendência manifesta-se desde logo no RN, que já vem equipado com uma série de competências

vinculativas – o seguir com o olhar, o chorar, o agarrar, o sorrir – para chamar a atenção de quem presta cuidados.

Para Eduardo Sá, (1992) *"A primeira forma que a mãe tem de embalar um filho é sonhar com ele na gravidez, a segunda é sonhar por ele quando lhe canta e o embala e... finalmente é deixá-lo tornar-se uma personagem real do seu sonho..."*.

Durante a gravidez, os pais imaginam o seu filho e após o nascimento, através da visualização do mesmo, do toque e da interacção, (que deverá acontecer o mais precoce possível), e num processo que é gradual, o bebé imaginário é ajustado ao bebé real (Knaus e Kennell, 1989).

Embora a vinculação não seja algo momentâneo, que acontece após o nascimento, este contacto precoce entre pais e bebé, é decerto importante para a concretização e desenvolvimento do mesmo, *"um momento único e mágico"* como refere (Brazelton, 1995).

A vinculação é um processo interactivo e evolutivo, caracterizada por comportamentos de proximidade, reciprocidade e compromisso, construída através do contacto físico e envolvimento precoce entre os pais e o RN. (Soares, 2008) Embora se associe o início do seu estabelecimento aquando o nascimento do bebé *"A ideia de que a vinculação parental começa normalmente durante a gravidez não é recente, pelo menos quando o progenitor considerado é a mãe."* (Gomez e Leal, 2007:153) pois a investigação no que concerne ao processo vivenciado pelo pai, é escassa.

Já para Bowlby (1951, 1969), citado por Ramos (2004b, p. 163), *" (...) a satisfação das necessidades de vinculação passa por contactos afectuosos com a mãe ou outros prestadores de cuidados, pelos contactos corporais, pelas interacções através do sorriso e do olhar, pelos gestos de ternura e afecto, pelas comunicações sensoriais no momento de cuidados, nomeadamente de amamentação, pela segurança encontrada nos braços do adulto, pela sintonia dos ritmos e dos afectos."*

A interacção precoce é um processo que é estabelecido desde os primeiros momentos de encontro dos Pais e do RN, em que ocorre uma partilha de mensagens de acordo com os recursos disponíveis de cada interveniente, com o objectivo de comunicarem e desfrutarem do prazer de estar unidos (Figueiredo, 2001).

No processo de interacção Pais-RN, pode constatar-se que ambos mostram e reconhecem a intenção comunicativa de cada um (Figueiredo, 2001). A mutualidade é outra das características existentes neste processo. Mãe e filho parecem confundir-se

num único ser, pela analogia dos seus estádios afectivos (Lebovici 1987; Mazet & Stoleru, 2003). A reciprocidade é descrita pela capacidade de um compreender o comportamento do outro e, modificar o seu próprio reportório, para assim proporcionar uma resposta adequada (Brazelton & Cramer, 1993; Figueiredo, 2001; Mazet & Stoleru, 2003; Ramos, 2004b).

O reconhecimento do RN como um ser com características e competências singulares possibilitou a compreensão do seu papel fundamental, na interacção com os seus Pais. Se for proporcionado aos Pais o conhecimento sobre as competências interactivas do RN e se estes compreenderem e valorizarem as inúmeras capacidades dos seus filhos, poderão ser estabelecidos entre os mesmos, diálogos mais ricos e, conseqüentemente, o envolvimento afectivo entre ambos pode estar mais facilitado, contribuindo assim para o desenvolvimento sócio, emocional e cognitivo da criança (Brazelton & Cramer, 1993).

Como diz Gomes-Pedro (2005) urge aproximar a saúde da educação. Neste sentido, Brazelton (2007), também defende este conceito e este tipo de intervenção no sentido que esta vai ajudar a que os pais estejam conscientes do desenvolvimento afectivo do seu filho, valorizando adequadamente a dimensão psicológica. Deste modo o conceito de transição para a parentalidade e de vinculação tornam-se primordiais nos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família e no capítulo que se segue apresentamos o cuidar em parceria como modelo de cuidados.

IV. O Cuidar em parceria como modelo de cuidados de enfermagem à criança e família

Quando falamos de competências parentais e do seu desenvolvimento, quando falamos da sua importância para resposta às actividades de vida estamos a falar de auto-cuidado, quer na promoção quer na manutenção e restauração da saúde. Não podemos, assim deixar de mencionar Orem e a sua Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. Esta teoria é expressa em três teorias: a Teoria do Auto-Cuidado, a Teoria do Défice de Auto-Cuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Dupas, Pinto, Mendes & Benedini, 1994; Taylor, 2004). Para esta teórica, o “(...) *auto-cuidado* é uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de

desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.” (Taylor, 2004, p. 18).

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, visa possibilitar aos indivíduos, família e comunidade tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades bem como empenharem efectivamente no desenvolvimento de seu próprio caminho em direcção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar. Assim sendo, está muito além daquilo que a pessoa pode fazer por si própria. Envolve o controlo, a liberdade e responsabilidade da pessoa na melhoria de sua qualidade de vida.

Ao longo de seu trabalho, Orem interpreta o metaparadigma de enfermagem dos seres humanos, saúde, enfermagem e sociedade. Ela define os três passos do processo de enfermagem como (1) diagnóstico e prescrição, (2) definições de um sistema de enfermagem e do planeamento para o fornecimento do cuidado e (3) produção e controle dos sistemas de enfermagem. Este processo é paralelo à investigação, ao diagnóstico, ao planeamento, à implementação e à avaliação do processo de enfermagem.

Orem enfatiza a importância do enfermeiro educar o indivíduo para o auto-cuidado, salientando que a educação para o auto-cuidado é determinada pelo próprio indivíduo (Dupas *et al.*, 1994). Levin em harmonia com Orem, afirma que a “ (...) *enfermeira deve estimular, aproveitar e desenvolver o potencial da pessoa, família e comunidade para o autocuidado, e que a enfermeira tem um papel importante quando ocorre deficit no autocuidado; ela presta assistência a fim de suprir a demanda do autocuidado terapêutico.*” (p. 20).

Ao envolvermos a pessoa nos cuidados que lhe são dirigidos, estamos a prestar cuidados em parceria com ela ou com o seu cuidador.

Podemos assim ver ligação com Anne Casey que desenvolveu em 1988 um modelo de parceria de cuidados a ser implementado aquando da prestação de cuidados pediátricos. De acordo com este modelo, os pais não são visitas, nem técnicos, mas sim parceiros no cuidar (Ferreira & Costa, [s.d.]; Mano, 2002). Este modelo vai ainda ao encontro com a teoria transpessoal de Watson, pois valoriza o amor como forma de cuidar, motivo pelo qual os pais são os melhores prestadores de cuidados ao seu filho. Casey acredita ser fundamental centrar os cuidados em dois pressupostos, na criança internada e na família. Defende que numa primeira fase é importante os enfermeiros

desenvolverem capacidades que lhes permitam trabalhar em parceria com a família (Mano, 2002).

Casey (1988) no seu modelo, defende que *"para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor"* assim sendo ninguém melhor que os pais para os prestar.

É já de há muito reconhecido que a qualidade dos cuidados fornecidos ao bebé recém-nascido, sobretudo doente, passa pela protecção "do vínculo com alguém que é ou poderá passar a ser o alguém significativo para a criança" (Gomes-Pedro, 1997).

É nesta perspectiva de parceria com os pais no cuidar da criança, que Anne Casey (1988), elaborou um modelo para a prática de enfermagem pediátrica, que no meu entender, se adequa perfeitamente à prática do cuidar do recém-nascido.

Para Casey (1993), *" os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança."*

Vários autores, nomeadamente Franck & Callery (2004); Shelds, Pratt e Hunter (2006); Corlett & Twycross (2006) e Bamm & Rosenbaum (2008) desenvolveram modelos conceptuais de cuidado centrado na família em Enfermagem, sendo que todos os modelos partilham a convicção de que a família é quem detém maior influência sobre a saúde e o bem-estar da criança. Estes modelos pretendem orientar a prestação dos serviços de saúde e promover a proximidade na colaboração entre famílias e profissionais.

No entanto a sua implementação, obriga a algumas mudanças de atitude por parte dos profissionais de enfermagem, das políticas da instituição e das próprias unidades de saúde.

A participação dos pais nos cuidados implica uma relação de parceria entre estes e a equipa que cuida da criança. Segundo a autora não devem existir fronteiras bem definidas nem compartimentalização de funções, mas devem ser desenvolvidas acções complementares que têm como fim último o máximo bem-estar da criança.

Este modelo permite um crescimento físico, emocional e social quer da criança quer da própria família. Nele os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros/companheiros.

Através do ensino, a enfermeira de saúde infantil motiva os pais nas suas capacidades a manter ou melhorar o estado de saúde. Apoiando para o crescimento e o desenvolvimento harmonioso da criança (Sigaud, 1996). Por seu lado trabalhar com a família, leva a que os enfermeiros mobilizem e desenvolvam competências de comunicação, de ensino e de liderança de projectos.

CAPÍTULO II – DO TRABALHO DESENVOLVIDO NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA AOS SEUS CONTRIBUTOS PARA O PERCURSO DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E PARA CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA

No meu processo de crescimento e desenvolvimento procurei o conhecimento através de um papel activo na minha aprendizagem. Este percurso permitiu-me alargar os meus horizontes e traçar objectivos e caminhos dentro de uma área específica de actuação, e com a qual me identifico, iniciando o trajecto como futura Enfermeiro Especialista.

Tornou-se de especial relevância a construção de um projecto pessoal que me permitiu o desenvolvimento e/ou a aquisição das competências esperadas para um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, pois de acordo com Dias (2006, p.17) *“Os modelos de formação para a competência visam ajudar, de forma integrada, cada sujeito em formação a desenvolver as suas capacidades criativas, de tomada de decisão, aprender a aprender e a reflectir sobre as práticas”*.

Dentro do ensino de enfermagem, os currículos escolares preconizam a realização de estágios/ensinos clínicos com o intuito de desenvolvimento de capacidades para a sua prática, pois este *“permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho”* (Matos, 1997:9).

Os contextos de prática clínica tiveram um contributo significativo para esse meu percurso de desenvolvimento.

Com vista à aquisição de novas experiências, em contextos e ambientes diferentes e para o desenvolvimento de competências específicas foi elaborado um cronograma para o 3º semestre do Curso. Para cada um dos contextos seleccionados foram delineados objectivos específicos e actividades a desenvolver para a sua concretização. Os locais de estágio por onde passei permitiram adquirir uma formação científica e técnicas adequadas e actualizadas, aliadas a elevados valores humanos adequados às expectativas de quem em nós confia.

Neste capítulo, organizado em torno dos já referidos objectivos, pretendo expor os resultados de uma análise reflexiva, tendo em conta a prática baseada na evidência, e uma pesquisa bibliográfica aprofundada, que emergiram da prática clínica e formam alicerces para a construção do meu programa de consulta de enfermagem ao recém-nascido.

I. O Enfermeiro no diagnóstico das competências e identificação das dificuldades dos pais no cuidar ao Recém-Nascido

Como vimos atrás o período puerperal confronta os Pais com uma vida pessoal e familiar que se dissipa e dá lugar a um novo quotidiano de cuidado ao bebé: um mundo desconhecido e avassalador em que novos papéis e rotinas têm que ser assumidos, exigindo aprendizagem constante e profunda reconstrução de si próprios.

De acordo com um estudo (Martins, 2010) baseado em dados recolhidos no período inicial de exercício parental com a finalidade de estudar o fenómeno da parentalidade e desenvolver uma teoria de médio alcance em enfermagem sobre o processo de transição para o exercício para a parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança, em que as exigências de cuidados a um bebé são grandes e os pais nem sempre estão preparados para superar essa fase de profundas mudanças, concluiu após entrevistas a casais em momentos distintos no processo de transição ao longo do primeiro ano de vida da criança, que homens e mulheres demonstraram serem abalados na sua identidade e sentiram muitas perdas antes dos benefícios se tornarem evidentes. Segundo o autor, “*o desgaste, o cansaço e a saturação*” estiveram presentes, especialmente nas mães, demonstrando que a intervenção do enfermeiro é necessária.

No contacto com os participantes deste estudo ficou, por outro lado, evidente que esta é uma fase especial, repleta de emoções e sentimentos ambivalentes, que marca uma nova etapa e condição de vida, construída na relação que estabelecem com o filho. O processo foi considerado compensador, embora difícil e gradual.

Se por um lado, o nascimento representou a realização do sonho da maternidade e paternidade, por outro, significou experimentar momentos difíceis e angustiantes decorrentes da assistência ao recém-nascido. Ao confrontar-se com a prestação de cuidados os pais confirmam a sua inexperiência em cuidados infantis e constataam os muitos afazeres que isso acarreta, numa prestação permanente, em que as rotinas e tarefas parecem repetir-se ciclicamente ao longo do dia.

Os curtos internamentos hospitalares no pós-parto estão a promover desafios aos profissionais para que estes ofereçam mais apoio para facilitar o auto-cuidado parental em casa (Salonen, 2010).

Durante o meu estágio no Centro de Saúde, em que estive presente nas Consultas de Enfermagem realizadas pela EESIP constatei esta realidade com que os pais são confrontados diariamente.

Segundo a opinião recolhida à Enfermeira através de uma entrevista, a organização da Instituição de Saúde e da consulta pode favorecer o desenvolvimento de competências dos pais no processo do auto-cuidado, nomeadamente *“Aquando da primeira Consulta de Enfermagem no Centro de Saúde pretende-se desde o primeiro momento colocar à disposição dos pais/ cuidadores todo o apoio de enfermagem que necessitem, levando-os a colocar dúvidas e a disponibilizar o contacto telefónico. Quando mesmo sem marcação os pais recorrem à Consulta de Enfermagem para esclarecer alguma dúvida, serão sempre atendidos.”*

Da sua experiência e indo ao encontro do que observei podemos referir que neste contexto as principais dificuldades que os pais apresentam no processo de transição para a parentalidade são: *“Não saberem o motivo do choro do seu bebé; dúvidas sobre a amamentação, nomeadamente quando amamentam exclusivamente se têm leite suficiente; as noites mal dormidas que conduzem a um cansaço extremo e que nem sempre são compreendidas; as cólicas do bebé; a limpeza do cordão umbilical e os cuidados de higiene ao recém-nascido e ainda o confronto de opiniões de outras pessoas (avós e vizinhos) que segundo as mães por vezes criam mais dificuldades aos pais do que facilitam, levando por vezes a conflitos familiares.”*

Para ir ao encontro do diagnóstico das competências dos pais a Enfermeira observa a relação Pais/ Recém-Nascido, nomeadamente no modo como falam do seu dia-a-dia com o bebé, como o vestem e despem durante a consulta, como pegam no bebé, como o trazem no carrinho e se respeitam as regras de segurança, observando o modo como o bebé é cuidado em relação aos cuidados de higiene e através das dúvidas que os pais colocam, sua pertinência, quais as preocupações.

Um princípio determinante é o de compreender que os pais têm competências e de que toda a intervenção tem de partir dessas competências. Como profissionais vamos associar-nos a eles, tentando ajudá-los a reforçá-las. É óbvio que os pais têm os seus conhecimentos as suas opiniões, o que devemos apoiá-los e orientá-los de forma a proporcionar uma boa adaptação para a parentalidade e sentirem-se seguros nos cuidados prestados ao seu filho.

Como enfermeiros temos um papel importante junto dos pais que exige uma abordagem adequada ao seus interesses e necessidades.

À medida que os pais vão desenvolvendo competências e prestando cuidados, o enfermeiro avalia esse processo, identificando necessidades de reforço de ensino e de supervisão. A avaliação é seguidamente analisada como um meio que permite ao enfermeiro perceber as competências parentais na prestação dos cuidados ao recém-nascido, desenvolvendo a partir daí estratégias de ajuda aos pais.

Como parceira de cuidados pude constatar que o processo de avaliação de competências inicia-se pela colheita de dados sobre o estado do recém-nascido e pais no momento da primeira consulta de enfermagem. Seguidamente por uma observação física e do desenvolvimento do RN e depois em cada etapa de vida da criança.

A enfermeira na consulta avalia através do comportamento da pessoa, do diálogo e da consulta de registos anteriores.

Apreendi também que a avaliação das capacidades e da motivação dos pais para os cuidados ao RN também pode e deve ser efectuada através da observação da destreza dos pais na realização de cuidados (como no vestir e despir; na mudança da fralda e no modo como pega na criança e a transporta) e na sua atitude o que envolve a observação da linguagem corporal, expressão facial e questionamento pertinente.

A consulta de enfermagem constitui uma ocasião privilegiada para dar, ao casal, apoio, suporte e reforço às competências parentais com vista a aumentar a capacidade dos mesmos para desempenharem um papel activo e compreensivo no desenvolvimento da criança.

Na avaliação das competências parentais realiza-se a verificação de conhecimentos e de aprendizagens, efectua-se diagnósticos das necessidades perspectivam-se os resultados, e delineiam-se as estratégias de acção. A avaliação não só certifica como também regula o processo de ensino e orientação.

Pude também verificar e desenvolver outras estratégias utilizadas na prática de enfermagem dirigida ao recém-nascido e seus pais, como a articulação de cuidados com as maternidades em caso de situações de risco e através nas notícias de nascimento; marcação da primeira consulta de enfermagem para os primeiros quinze dias de vida, quando este vem ao Centro de Saúde realizar o Diagnóstico Precoce; articulação com serviços de apoio social e com a Unidade de Primeira Infância.

Ao nível do contexto de urgência hospitalar através da minha observação em estágio e na opinião dos enfermeiros, na maioria das vezes os pais recorrem ao serviço de urgências com o recém-nascido por apresentarem dúvidas ao nível dos cuidados antecipatórios, nomeadamente as dificuldades já atrás referidas. Vindas essas à urgência que podiam ser evitadas se houvesse um bom suporte de cuidados de saúde primários, como referem os enfermeiros.

Ocorreu uma situação em contexto de Centro de Saúde que me despertou um enorme interesse e penso que realça bem as necessidades de cuidados de enfermagem existentes nos pais que ocorrem à unidade em que trabalho (Consultas de Pediatria na CUF). A realizar a consulta de enfermagem de saúde infantil recebi um telefonema de uma mãe a referir-me que tinha duas filhas e que a mais nova (recém-nascida) estava a ser seguida na consulta de Pediatria da CUF, mas que gostava de ser seguida no Centro de Saúde apenas para as consultas de enfermagem. Questionou-me se essa situação seria possível, referindo que gostava muito das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde, pois a filha mais velha tinha sido sempre acompanhada lá, e que no Hospital não faziam consultas de enfermagem. Disse-me ainda que apreciava muito todo o acompanhamento que a enfermeira do CS fazia, incluindo os ensinamentos sobre a amamentação, o choro e as cólicas do recém-nascido, esclarecimento de dúvidas e avaliação do desenvolvimento, referindo ter pena que esse serviço não existisse no Hospital.

Sem dúvida que esta situação realça a necessidade de melhores cuidados de enfermagem nas consultas de Pediatria do meu local de trabalho e sobretudo a importância dos cuidados de enfermagem. Tal como referi no meu projecto, da minha experiência, com jovens pais, constatei no meu serviço, que estes apresentam e/ou sentem um défice de competências para viver o período pós-parto de forma tranquila e equilibrada. Este incidente bem como as práticas desenvolvidas no Centro de Saúde foram uma boa referência para a criação e construção do meu programa de consulta.

A consulta de enfermagem que pretendo implementar no meu serviço constituirá uma mais-valia para atender às necessidades essenciais da família e recém-nascido.

II. O Enfermeiro e a promoção de competências parentais nos pais de um Recém-Nascido

As práticas de cuidados aos indivíduos levam a identificar-nos que ainda hoje a família é o suporte mais comum dos cuidados desenvolvidos na comunidade, tendo os enfermeiros o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2002; Martins, 2002; Bouso, Tito & Pires, 2004; Simpson & Tarrant, 2006).

A promoção de competências parentais pode ser efectuada em qualquer contexto da prática clínica. Ao nível da unidade de cuidados intensivos neonatais os autores Ferreira e Costa ([s.d.]) ao reflectirem sobre o modelo de Anne Casey no cuidar a recém-nascidos esclarecem que “(...) *ao procurar envolver a família nos cuidados quer familiares quer de enfermagem, estamos a contribuir para a emergência de sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do bebé, no momento e posteriormente em casa.*” (p. 57).

No Centro de Saúde um dos principais objectivos da intervenção de enfermagem é ajudar os pais a conhecer, entender e aceitar o seu próprio filho, valorizando a sua singularidade. O bebé precisa de um conjunto de cuidados relacionados com a alimentação, higiene, posicionamento, bem como ser contido e abraçado com segurança. Erik Erickson (1971) diz-nos que, durante o primeiro ano de vida, a criança é substancialmente dependente das pessoas que cuidam dela requerendo cuidado quanto a alimentação, higiene, locomoção, aprendizagem de palavras e seus significados, bem como estimulação para perceber que existe um mundo em movimento ao seu redor. O amadurecimento ocorrerá de forma equilibrada se a criança sentir que tem segurança e afecto, adquirindo confiança nas pessoas e no mundo. Concluiu que não se deve apressar o desenvolvimento das crianças, que se deve dar o tempo necessário a cada fase de desenvolvimento, pois cada uma delas é muito importante. Sublinhou que apressar o desenvolvimento pode ter consequências emocionais e minar as competências das crianças para a sua vida futura. Estes cuidados são normalmente prestados pela mãe e relacionam-se com a capacidade deste se adaptar às necessidades do bebé. A promoção da prestação de cuidados pelos pais inicia-se com o acolhimento do RN e pais. O acolhimento aos pais é de especial importância, facilitando ou não o estabelecimento de confiança na equipa de enfermagem que cuida do seu filho.

Reforcei os meus conhecimentos, através da prática e experiência transmitida pela enfermeira que os pais precisam, de um forte apoio emocional e de uma total disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas desde o primeiro momento.

Muitas vezes os pais não se sentem preparados para cuidar do seu filho tão frágil e, precisam de quem os ouça para exporem as suas questões, medos e preocupações e desta forma verbalizarem as suas dificuldades. O desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro e família é fundamental em todo o processo de parceria de cuidados e motor de progressiva autonomia dos pais.

Após o acolhimento é necessário traçar-se um plano de intervenção específico para cada criança através da realização de um plano de cuidados. Deste modo, deve ter-se em conta a motivação e conhecimento prévio dos pais e alguns aspectos, tais como a higiene, a alimentação, a eliminação, o sono e repouso, o carinho e a orientação para os cuidados primários. Este conjunto de factores deve ser abordado para o desenvolvimento de competências necessárias aos cuidados, preparando os pais para a sua adaptação ao bebé.

Ao nível dos cuidados intensivos neonatais pude observar que os pais são gradualmente integrados na equipa, fazendo deles elementos activos no cuidar do seu filho, nos diversos cuidados, que podem ir desde à preparação e administração de alimentação, à amamentação, à higiene, ao vestuário, até aos cuidados de enfermagem, conquistando uma progressiva autonomia. Nestes cuidados os pais são sempre supervisionados por um enfermeiro para os procedimentos mais específicos, ou simplesmente para ajudar ou esclarecer alguma dúvida.

Foi importante ver que também na Neonatologia os enfermeiros promovem a visita de irmãos, incentivam a mãe a amamentar o filho, pegá-lo ao colo, ou seja, estimulam a família a envolver-se com o seu bebé. Dessa forma, os pais são estimulados a envolverem-se com os filhos, ao mesmo tempo que a vinculação pais/RN é promovida, tornando-os mais seguros no seu papel e aprendendo a identificar as respostas do seu bebé.

No serviço de internamento, nomeadamente na UCEPE do HSFX também foi visível a importância da preparação para a alta como factor contributivo para o desenvolvimento de competências.

A preparação para a alta visa a continuidade dos cuidados prestados ao recém-nascido, atendendo à individualidade da criança e da sua família (Rabelo, Chaves,

Cardoso & Sherlock, 2007). É importante incluir os pais nos cuidados prestados ao seu filho, com o objectivo de os orientar para a responsabilidade e dedicação frente ao estado de saúde do seu filho. Ao prestarem cuidados ao bebé, enquanto este ainda está internado, e com a orientação do pessoal de enfermagem, os pais vão adquirindo competências que os tornam cada vez mais seguros e assim sentem-se mais confiantes para levarem o seu filho para casa, prevenindo deste modo um possível reinternamento (Hockenberry *et al.*, 2006; Lopes, Mota & Coelho, 2007; Martinez, Fonseca & Scochi, 2007; Rabelo *et al.*, 2007).

O processo de desenvolvimento e estabelecimento da parentalidade poderá desencadear situações que coloquem em risco quer a criança, quer os seus pais/cuidadores. Desta forma torna-se imperioso que os enfermeiros estejam despertos para a necessidade de avaliação da qualidade da interacção pais-bebé de forma a identificar e intervir o mais precocemente possível evitando assim o surgimento de situações problemáticas e eventuais sequelas. (Soares, 2000). De acordo com a mesma autora *“Assistir as famílias para que venham a tornar-se pais e mães bem sucedidos e competentes é uma preocupação dos enfermeiros porque, deste modo, estarão a contribuir para a promoção da saúde mental dos pais e dos seus filhos.”* (p. 73).

O desenvolvimento e implementação de programas que visem o acompanhamento das famílias neste momento de transição torna-se de primordial importância, sendo que *“a implementação e gestão de um plano de saúde promotor das competências parentais (...)”* surge como unidade de competência específica do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, definida no MDP. (OE, 2009:20)

Através da orientação e suporte sobre a função parental fornecidos aos pais, os enfermeiros estão a dotá-los de competências para o exercício do seu novo papel. Para tal, é fundamental que se desenvolvam programas de educação parental e de formação que estejam de acordo com as reais necessidades sentidas pelos pais. (Soares, 2008), pois *“considerando que os pais são os principais responsáveis pela educação dos filhos com pleno direito à sua individualidade e diferença será fundamental a sua capacitação.”* (Lopes, Catarino e Dixe, 2010:116)

Como defende o Programa de Saúde Infantil e Juvenil, Programa Tipo de Actuação (2002:5) *“O aumento de nível de conhecimentos e de motivação das famílias (...) favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais e a*

família a assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-la e promovê-la”.

São muitos os autores bem como os trabalhos de investigação que têm evidenciado claramente que as oportunidades para um bom desenvolvimento estão, fundamentalmente, dependentes do contexto familiar no qual a criança cresce. Foi possível observar a importância da avaliação do desenvolvimento em qualquer um dos estágios por onde passei. Os enfermeiros, quer na urgência, no internamento ou nas consultas conseguem potenciar a relação Pais/ Filhos numa atitude empática, flexível e não prescritiva. Existem factores que influenciam o desenvolvimento infantil e as relações emocionais afectivas constituem a base primária para o seu desenvolvimento intelectual e social. Pude experienciá-lo em estágio no momento em que o enfermeiro se preocupa com “o brincar”, com “os afectos”, “os cuidados de higiene e conforto”, a “alimentação”, “a segurança e disciplina”, o “sono e repouso”, a “imunização” que constituem os pilares fundamentais do desenvolvimento infantil.

Como refere Guralnick (1997), os resultados que a criança alcança, em termos de desenvolvimento, são grandemente dependentes dos padrões de interacção familiares dos quais a qualidade das interacções pais-criança, o tipo de experiências e vivências que a família proporciona à criança, bem como aspectos relacionados com os cuidados básicos em termos de segurança e saúde, surgem como particularmente determinantes.

No entanto, e como sublinha Baker (1989), ninguém se encontra preparado para se tornar pai (e portanto educador) de uma criança com problemas no seu desenvolvimento.

Referenciar a criança com necessidades de intervenção especializada ou proporcionar-lhe uma intervenção multidisciplinar, com apoio e articulação adequada é uma das intervenções de monitorização do desenvolvimento infantil. Durante o estágio em Centro de Saúde fui visitar a UPI (Unidade de Primeira Infância do Hospital Dona Estefânia), uma instituição que se articula com o Centro de Saúde, em que a enfermeira pode referenciar as crianças que necessitem deste apoio e onde existe uma equipa interdisciplinar, com Pedopsiquiatra, Pediatra, Enfermeiro Especialista, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo e Assistente Social.

Há bebés que levam tempo a adormecer, choram dia e noite, não gostam de colo, não conseguem acalmar. A pensar nestes casos, a Unidade de Primeira Infância do

Hospital de Dona Estefânia criou uma consulta, a qual se denomina “consulta de bebês irritáveis”, que ajuda pais e bebês a encontrar um equilíbrio e o apoio por que tanto anseiam. Não é fácil gerir o dia-a-dia de um recém-nascido que chora constantemente, que não consegue regular os ciclos de sono ou de fome, ou que se assusta quando lhe pegam. É muito complicado, para uma mãe, aceitar que não consegue acalmar o seu bebé. Sente-o como uma declaração de incompetência, culpa-se por, se calhar, não o ter desejado tanto como era suposto. Na consulta de bebês irritáveis cada bebé é único, tem características especiais e é preciso identificá-las para que os progenitores possam adaptar-se ao «seu» filho. Mas há um princípio fundamental: «Há sempre uma palavra de conforto para os pais», garante a enfermeira da UPI. Sem dúvida que este trabalho é meritório e através do conhecimento desta realidade aprendi que só se pode obter bons resultados quando existe uma envolvimento de toda a equipa multidisciplinar. Sendo que, todo o trabalho da equipa é feito em colaboração permanente com a família. Os profissionais aparecem como figuras de suporte daquela que é a relação principal. Como é sabido, a condição de vulnerabilidade da criança (com deficiência ou em risco de desenvolvimento atípico) poderá potenciar um aumento nos níveis de stress parentais e familiares (Dale, 1996; Dinnebell, 1999) e implicar um esforço suplementar em termos de adaptação e organização do sistema familiar, no encetar de uma nova etapa do ciclo vital da família no qual o enfermeiro é parceiro de um projecto de cuidados.

i. O Enfermeiro e a relação de parceria para promoção das competências parentais

É numa dinâmica de parceria que se promovem as competências, sendo que a parceria em pediatria não pode ficar circunscrita a um apurar de hábitos da criança a que pretendemos dar resposta com a participação da mãe, mas ela prescreve que conheçamos a família que cuida, como cuida, quais são as suas possibilidades, os seus limites de actuação e que forças ela é capaz de mobilizar para resolver problemas de saúde.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados específicos de acordo com as necessidades do ciclo de

vida e de desenvolvimento da criança, tendo como principal objectivo a maximização da sua saúde.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deverá garantir uma prática de cuidados centrados na família, ao reconhecê-la como parceira com um papel fundamental na vida da criança. Apenas em parceria com a criança e família, poderá desenvolver-se uma prática profissional ética que tenha como suporte princípios, valores e normas deontológicas, promotoras de um exercício profissional com base no Código Deontológico da profissão.

A filosofia de cuidado centrado na família assenta no estabelecimento de relações, na qual confiança e a comunicação que se estabelece entre o enfermeiro e família devem permitir a negociação de papéis e a tomada de decisão ao longo das experiências bem como a valorização das competências familiares (Robinson in Wernet & Ângelo, 2007).

A assumpção por parte dos enfermeiros, da importância do intervir com a família, de que as intervenções de enfermagem não são meramente interaccionais, pode viabilizar um trabalho de parceria efectiva em que pais e enfermeiros em conjunto, sejam capazes de encontrar as estratégias mais adequadas para lidar com o processo de transição para a parentalidade e assim garantir um melhor bem-estar para a família.

Foi possível observar a participação da família nos cuidados em praticamente todos os contextos, sendo mais evidente ao nível da neonatologia, em que as crianças ficam internadas e existe mais tempo para se estabelecer uma relação de parceria e em que é fundamental que os pais se apeguem aos seus filhos e lhe comecem a prestar cuidados.

Durante o estágio de Neonatologia pude observar e participar que as enfermeiras promovem não só a amamentação para todas as mães e ensinam a tirar o leite do peito, como igualmente, promovem o contacto pele com pele, através do uso do método canguru, por exemplo, pois acredita-se que desta forma se cria com o que uma incubadora biológica e assim se favorece a saúde biológica e psicológica da criança no período neonatal tardio.

O facto de poder ver, tocar e cuidar do bebé, contribui para a formação ou fortalecimento dos laços afectivos após o nascimento. Daí a importância dos pais visitarem o bebé o mais cedo possível. Neste primeiro contacto inicia-se um novo processo de vinculação. Mas visitar apenas não é suficiente, é necessário englobar os pais nos cuidados prestados, desmistificando-os e encorajando a sua colaboração.

Estudos recentes apontam que, o acompanhamento dos pais nos cuidados prestados ao seu bebê prematuro e a sua gradual participação nestes contribui para a diminuição da ansiedade e para a promoção da relação precoce (Wolke, 1995; Batalha *et al.*, 1999).

As medidas não farmacológicas para alívio da dor, propostas pela literatura, são também muito utilizadas quer ao nível dos cuidados intensivos quer ao nível do serviço de internamento, que incluem a sucção não nutritiva (pelo uso da chupeta), medidas de conforto gerais, que podem ser realizadas pelos pais e deste modo promovendo-se a ideia de parceria, tais como mudar de posição, aninhar no berço, ou aconchegar no ninho, manter a posição de flexão, diminuir a estimulação táctil; a utilização de soluções de sacarose administradas antes do procedimento doloroso, dar colo ao bebé e/ou utilização do método canguru (Gaspardo, Linhares & Martinez, 2005; Batalha *et al.*, 2007).

Tive a oportunidade de observar no contexto da neonatologia estes procedimentos para alívio da dor, sendo o método canguru utilizado em quase todos os turnos proporcionando a vinculação entre a mãe e o seu bebé. Foi também visível a realização do teste do pezinho no momento em que a mãe pegava ao colo o seu recém-nascido proporcionando-lhe conforto.

Quando abordamos a temática cuidados ao recém-nascido, é natural que numa primeira fase haja um sentimento de ou mesmo uma perda de competência parental, pois os cuidados prestados pelos pais numa situação dita normal, são substituídos pelos cuidados especializados realizados pelos enfermeiros (Bender, 1998; Buarque, Lima, Scott & Vasconcelos, 2006). A minha experiência nos estágios foi de encontro aos estudos apresentados. A Enfermagem Neonatal tem sido alvo de investigação, no sentido dos enfermeiros desenvolverem conhecimentos acerca da melhor forma de prestar cuidados centrados na família, atraumáticos e em parceria com os pais do RN. Mas, como foi possível constatar na prática e indo ao encontro de vários autores, os cuidados prestados ao recém-nascido não englobam apenas os cuidados especializados – os quais Collière (1999) define de cuidados de reparação – embora inicialmente assim o pareçam, pois não podemos desprezar que mesmo que seja só falar ou cantar, estes podem, logo de início, ser cuidados efectuados pelos pais (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

É preciso ter o cuidado em falar dos assuntos nos tempos certos, ou seja conciliar os ritmos dos processos de cuidar ao das pessoas envolvidas. Nomeadamente quando os pais estão preocupados com um assunto e nós abordamos sobre outro assunto eles ficam ausentes porque o que estamos a transmitir não faz muito sentido. É importante antes de tudo ouvir as dificuldades que os pais sentem no exercício da sua parentalidade.

Vivi esta experiência no Centro de Saúde, em que na primeira abordagem é necessário questionar quais as preocupações dos pais. Por vezes, estamos preocupados em aconselhar o leite mais adequado, a prática mais adequada à criança e não nos apercebemos que os pais têm ou não as condições (conhecimento, económicas...) de o realizar. Tive este exemplo quando uma mãe já estava a dar leite de vaca ao filho com menos de um ano por dificuldades monetárias e não por falta de conhecimentos. Neste caso, a articulação com a Assistente Social foi fundamental.

Às vezes é mais importante transformar aquilo que é uma dificuldade num aspecto positivo. Se por exemplo o bebé tem dificuldade em pegar no mamilo da mãe ou esta sente dores durante o acto de amamentação devido a fissuras ou gretas e esta se encontra triste e desencorajada em amamentar, é importante explicar que existem outros métodos de o fazer e o quanto pode ser importante ajudá-la a tirar o leite para que o seu bebé possa continuar com a alimentação materna. E se a mãe tem leite e quer amamentar há que incentivar os pais e apoiá-los em todo o seu processo. Experienciei estas situações quer no Centro de Saúde quer durante o estágio no meu local de trabalho. Depois do nascimento do bebé mesmo estando os pais preparados muitas vezes sentem-se ansiosos e com medo de não estar a prestar os cuidados ao seu filho correctamente e isso muitas vezes leva-os a superprotegê-los. Deste modo, senti que o seguimento dos pais e recém-nascido nas consultas de enfermagem são muito importantes, assim como fornecer um contacto continuado de apoio para esclarecimento de dúvidas que vão surgindo no dia-a-dia. Sentir que podem contactar com a enfermeira de referência é para os pais um sinal de tranquilidade e aumento de confiança na sua prestação de cuidados ao recém-nascido.

Para trabalhar com as famílias é preciso conhecimentos sólidos e consistentes, é preciso prática, e experiência, é preciso fazer formação e aprofundar os temas. É estando com as famílias na prática, e ter conhecimentos e fundamentalmente reflectir sobre aquilo que se faz, podendo ser feito isoladamente ou em equipa. Os grupos,

podem ser espaços de reflexão para continuar a melhorar a nossa intervenção junto das famílias.

Os enfermeiros podem desenvolver um papel de apoio às famílias, motivando-os nas suas capacidades e potencialidades. Isto é uma dádiva. Tomar conta implica também isto, no exercício da parentalidade ensinar a fazer a criança crescer, a lutar para a vida, a encorajar. Podemos ajudar os pais no sentido de descobrir os recursos e as capacidades que têm de lidar com as dificuldades.

Perante as dificuldades das famílias podemos desmistificar dando outra imagem mais positiva dos fenómenos com que se confrontam. As dificuldades que os casais sentem, têm de ser levadas a sério. Uma das coisas importantes é os pais conhecerem os filhos. Ajudar os pais a reconhecerem as suas capacidades e o apego da criança por eles.

III. O processo de tomada de decisão no âmbito do atendimento ao Recém-Nascido - sua relação com os sistemas de informação em enfermagem

A autonomia da profissão de enfermagem tem como base a concretização de um processo de tomada de decisão e o desenvolvimento de uma atitude de cuidar (Pereira, 2010). Em praticamente todos os meus estágios pude perceber a importância do processo de tomada de decisão, no entanto foi no estágio que decorreu no Hospital São Francisco Xavier, no serviço de Urgência Pediátrica, mais especificamente na UCEPE (Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos) que mais se destacou a sua importância para a implementação do meu programa de consulta e para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão.

Sendo um dos objectivos do meu projecto de estágio a criação de instrumentos e recursos necessários para a implementação de um programa de atendimento ao Recém-Nascido, delineei para esse estágio, com a orientação da Enfermeira Chefe, especialista em Saúde Infantil e Pediatria, como objectivo de aprendizagem: a aquisição e /ou desenvolvimento de competências do domínio da gestão de cuidados especificamente, para adaptar “*a liderança e a gestão dos recursos à situação e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados*”, conforme prevê o art.º 7º do regulamento das competências comuns do EE.

A aquisição destas competências contribuirá para a tomada de decisão sobre o suporte de registo, seu conteúdo e estrutura, a usar na consulta de enfermagem.

Para a implementação desta consulta de enfermagem ao recém-nascido e porque identifiquei como necessidade relativa ao meu desenvolvimento profissional, a aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados, propus-me nesse estágio dar uma maior atenção a este domínio da intervenção do enfermeiro especialista. Para tal, ao longo do estágio as principais actividades estiveram relacionadas com observação e análise dos suportes de registo utilizados para a documentação dos cuidados de enfermagem na UCEPE e a reflexão para o sistema a implementar no futuro.

Sabendo que *“o exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”* (OE, 2001), num processo, no qual o enfermeiro identifica as necessidades da pessoa, define objectivos, selecciona uma estratégia de acção e avalia os resultados. Sendo que o processo de garantia de qualidade de cuidados de enfermagem só poderá considerar-se instituído com a implementação plena de planos de cuidados.

O processo de tomada de decisão é antes de tudo um processo de apreciação, diagnóstico, formulação de objectivos, escolha das acções, validação, execução, em que todo este processo é documentado nos registos.

“A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade)” (OE, 2003). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados

A tomada de decisão baseada na evidência é um importante elemento na qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de enfermagem. É essencial para otimizar os resultados para e com os doentes, melhorar a prática clínica, melhorar os custos e assegurar transparência na tomada de decisão. Um corpo de conhecimentos reconhecido traduz-se na liberdade para a prática autónoma que é acompanhada pela responsabilização das decisões tomadas e pela autoregulação profissional – a Ordem dos Enfermeiros.

A tomada de decisão em Enfermagem, sendo a nomenclatura mais comum, Tomada de Decisão Clínica (Field, 1987; Ford, 1979; Luker e Kenrick, 1992), envolve diversos aspectos: colheita de dados, elaboração de um diagnóstico, selecção da intervenção, prognóstico da acção ou intervenção.

A grande importância que a informação tem para a Enfermagem é, hoje em dia, consensual na nossa comunidade profissional (Jesus, 2006). Não apenas no que se refere às finalidades legais e éticas e quando é necessário tomar decisões clínicas, mas também no momento de optar quanto à continuidade dos cuidados, quanto à qualidade dos mesmos, quanto à gestão, à formação, à investigação, e quando é necessário assumir uma posição política. Porém, nem sempre a documentação do processo de tomada de decisão clínica de enfermagem se verifica fácil. A razão deste facto está na natureza distinta deste nosso processo de decisão, que decorre enquanto interagimos com a pessoa doente, e da respectiva formalização nos registos (Simões, 2007).

Da minha experiência como enfermeira, os registos de Enfermagem têm vindo a revelar-se fonte de preocupações, reflexão e debate nos nossos dias, pelo contexto de transformação e mudança da profissão de Enfermagem. Durante este estágio tive a oportunidade de assistir a uma acção de formação, no Hospital Dr. Fernando da Fonseca cujo tema: “(In)visibilidade dos Registos”, mais uma vez confirmou esta preocupação dos enfermeiros. De facto tal preocupação esteve explícita durante a exposição e a interacção que se manteve entre as enfermeiras responsáveis pela formação e os enfermeiros que a ela assistiram. Centrou-se principalmente, no tempo dispendido pelos enfermeiros para a documentação e na eficácia dessa documentação em relação à visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados e na obrigação deontológica e legal dessa prática.

BASTO (1998) referia que *“há uma preocupação comum a muitas enfermeiras, decorrente da percepção de que a qualidade dos cuidados de enfermagem não acompanhou a evolução da formação e das condições de trabalho das enfermeiras em Portugal”*. No mesmo sentido (Silva, 2001) afirma que *“O percurso evolutivo da profissão tem vindo a transportar o exercício profissional de uma lógica inicial essencialmente executiva para uma lógica progressivamente mais conceptual, o que alarga a variedade de aspectos a documentar, quer pelo progressivo alargamento do*

leque funcional, quer pela necessidade de não circunscrever a documentação à lógica executiva inicial”.

Há que promover o pensamento crítico como estratégia para o desenvolvimento das práticas de enfermagem. O enfermeiro especialista deve ser um gestor em informação e como tal um trabalhador do conhecimento. O pensamento crítico e reflexivo constitui uma ferramenta essencial no processo de tomada de decisão dos enfermeiros. *“Os cuidados de enfermagem de qualidade são prestados por enfermeiros, cujas decisões se revistam de pensamento crítico, sendo que uma boa prática é, intuitiva, pensada, autoconsciente e crítica.”* (Margato, 2010).

Os enfermeiros enquanto trabalhadores do conhecimento necessitam de suporte das soluções informáticas de modo a diminuir o tempo dispendido na documentação de enfermagem, aumentando o leque de aspectos a documentar, gerando informação de consumo otimizada das tomadas de decisão e promotoras dos cuidados de enfermagem.

Por outro lado a elaboração dos registos tem enquadramento legal contemplado na lei portuguesa, encontrando-se legislada no decreto de lei N.º 247/2009 que regulamenta a carreira de enfermagem, no decreto de lei N.º 162/96 que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (R.E.P.E.) e no decreto de lei N.º 104/98 (Ordem dos Enfermeiros).

Deste modo, partindo da obrigação legal e do enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem da documentação dos cuidados de enfermagem percebi que a “melhor” decisão será por um suporte de registos que integre um conteúdo, estrutura, que não só respeite a obrigação legal como os requisitos do enquadramento conceptual. Aliás como defende Abel Paiva (2006), a obrigação legal de documentar os cuidados de enfermagem deve-se a 5 motivos:

- Promover a continuidade de cuidados; Produzir documentação de cuidados; Possibilitar a avaliação dos cuidados; Facilitar a investigação sobre os cuidados; base e Optimizar a gestão dos cuidados.

Na verdade os registos gerados pelo processo de cuidados são o reflexo e também a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, revestindo-se por isso de grande importância, pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados correctamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem. É através

deles que os enfermeiros dão continuidade e visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional.

Os registos devem ainda traduzir a implementação do plano de cuidados como prova de que as acções apropriadas foram executadas e tomadas as devidas precauções.

Neste estágio tive oportunidade analisar em conjunto com os enfermeiros o processo subjacente à sua tomada de decisão de conhecer o suporte de registos de enfermagem usados pelos enfermeiros para documentarem os cuidados de enfermagem, quer na urgência, quer no internamento (UCEPE). Deparei-me com a existência de um aplicativo informático, com módulos diferentes (em estrutura e conteúdo) para a documentação de cuidados de enfermagem respectivamente, na urgência e no internamento.

Na urgência e no internamento, neste contexto de prestação de cuidados tomar a decisão mais adequada na presença de situações complexas nem sempre é fácil. Mais difícil é saber quais as probabilidades de obter um resultado satisfatório. A falta de dados e o tempo disponível são dois dos factores que interferem na tomada de decisão clínica.

A experiência e a mobilização adequada do saber são sem dúvida, dois dos factores que mais contribuem para a tomada de decisão consciente e com melhores resultados. Segundo Tanner (1987) que estudou as diferentes estratégias de diagnóstico elaboradas por estudantes de enfermagem e profissionais experientes, os segundos conseguiam uma aquisição de dados mais sistemática, rapidamente identificavam os factos mais importantes, limitavam o número de alternativas e obtinham um diagnóstico mais adequado. A diferença na elaboração do diagnóstico mais adequado traduzia-se em decisões para acção mais eficazes. Naturalmente esta forma de decisão intuitiva e experiente é também fonte de conflitos, pois segundo alguns autores (Correnti, 1992) pode ser confundida com “o deitar a adivinhar” e por isso não corresponder a um corpo de conhecimentos científicos com base na evidência.

No contexto de urgência pude constatar que o processo de tomada de decisão pressupõe o seguimento de uma linha de raciocínio que conduz a decisões e respectivas acções que se pretendem rápidas, envolvendo uma equipa multidisciplinar. Tanto no internamento como na urgência o processo clínico está informatizado. O módulo dos Enfermeiros na área do internamento - UCEP, segue a estrutura da metodologia do PE e utiliza a linguagem classificada CIPE, versão 1. Quanto à área da

urgência – UP, ainda que seja o mesmo aplicativo informático a estrutura e o conteúdo parametrizado para a formulação dos registos (documentação dos CE) segue um modelo de texto livre e de enumeração das actividades interdependentes. Questionei-me sobre estas diferenças, e analisei em que medida um ou outro modelo de registo poderia ser a “melhor” solução no âmbito de uma consulta de enfermagem. Ou seja, qual deles reflecte “melhor” a concepção e execução dos cuidados de enfermagem.

A estrutura do módulo de registos para a documentação dos CE no internamento - UCEP é realizada do seguinte modo:

No momento de admissão da criança é realizada uma Avaliação inicial, que inclui dados de identificação, caracterização familiar, história de saúde familiar, história obstétrica/ginecológica materna e uma avaliação física.

Depois de ser criada uma avaliação inicial, o enfermeiro cria um Plano de Cuidados, desenhando esse próprio plano através de uma base de conhecimentos, com uma lista de diagnósticos CIPE previamente configuradas. Para cada diagnóstico seleccionado existe uma lista de intervenções associadas. Ao longo deste processo, o enfermeiro vai executando o plano de cuidados confirmando todas as acções efectuadas o momento da sua realização e o responsável.

Sempre que necessário os enfermeiros podem associar notas em texto corrido, do tipo narrativo, para descrever as características específicas da intervenção parametrizada e assim adequa-la à individualidade de cada criança e para melhor descrever as intervenções efectuadas.

Finalmente e em concordância com a metodologia do processo de enfermagem, são documentadas as intervenções, através de uma linguagem CIPE, sendo ainda possível a configuração de uma acção, de um resultado ou de um diagnóstico. Considero este segundo sistema de registos, baseado numa linguagem classificada, aquele que mais define os cuidados de enfermagem pois nele conseguimos ver reflectidas as actividades autónomas e interdependentes dos enfermeiros.

Ao longo deste estágio, através de contactos informais com alguns enfermeiros, apercebi-me que estes consideram que apesar de o modulo de registos utilizado na UCEPE ser o mais adequado pois, é aquele que demonstra a concepção e o planeamento de cuidados de enfermagem, continuam ainda assim, a preferir redigir de forma narrativa os registos das crianças internadas no SO. Interrogando-me sobre isso surgem várias questões. Será que por ser alegadamente, mais rápido pois, não têm de

identificar os problemas/diagnósticos de enfermagem? Por terem dificuldade em reflectir, analisar e descrever as suas práticas diárias? Questões estas que fortalecem ainda mais o sentido da decisão a tomar sobre a estrutura e conteúdo, para documentação dos CE na consulta que pretendo implementar.

No meu entender, é imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam a intervenção do enfermeiro, uma vez que estas são centrais no quotidiano dos enfermeiros, e contribuem não só, para a melhoria dos cuidados prestados, mas também para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos clientes e suas famílias.

A realização deste estágio foi um grande passo para a decisão sobre o suporte de registo dos cuidados de enfermagem que pretendo implementar na consulta de enfermagem ao recém-nascido. Deste modo, partindo do enquadramento legal dos registos, do enquadramento conceptual, da metodologia científica, do processo de tomada de decisão e da visibilidade dos cuidados de enfermagem através dos registos, será a congregação de todos estes elementos que me ajudarão a fundamentar a decisão sobre o modelo de documentação dos cuidados de enfermagem na consulta que pretendo criar.

CAPÍTULO III – PROGRAMA DE UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO

Este programa de consulta teve como intencionalidade a instituição de práticas de cuidados, que visassem facultar aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental e que conduzisse ao seu envolvimento efectivo nos cuidados a prestar aos seus filhos, capacitando-os para cuidar destes no futuro.

Desta forma, os primeiros passos para a construção do programa foram ao encontro da identificação das competências e dificuldades dos pais no cuidar ao seu filho recém-nascido, para que fosse possível promover uma melhor adaptação aos seus novos papéis e desenvolver competências parentais no âmbito da prestação de cuidados ao recém-nascido.

Neste sentido, foi elaborado um guia orientador (anexo 3) que se fundamenta numa filosofia de cuidados de enfermagem que reconhecesse e valoriza a importância da família para o bem-estar presente e futuro da criança.

Dela emergiram alguns valores, que se centram nas respostas às necessidades da criança e família, tais como: *o 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.*

A intencionalidade desta consulta será sempre a de fornecer as ferramentas necessárias às famílias para que possam assumir em pleno o seu papel parental, tal como definido atrás, com a maior segurança e tranquilidade, apoiados em profissionais de saúde diferenciados e especializados.

Este programa de consulta foi desenvolvido com o propósito de informar e esclarecer, ao mesmo tempo que incentiva a reflexão e discussão acerca de temas pertinentes e comuns ao quotidiano com crianças. Pretende-se fornecer uma abordagem prática e sistematizada aos pais no cuidar ao recém-nascido. Desta forma, aspira constituir uma ferramenta frutuosa para pais e cuidadores perante as questões do dia-a-dia, para que possam atingir um maior nível de autonomia, tranquilidade e segurança nos cuidados às crianças no primeiro mês de vida.

De forma a apoiar o processo de transição para a parentalidade e conseqüentemente o crescimento e o desenvolvimento harmonioso da criança e a manter ou melhorar o estado de saúde, pretende-se que os enfermeiros especialistas ligados a este

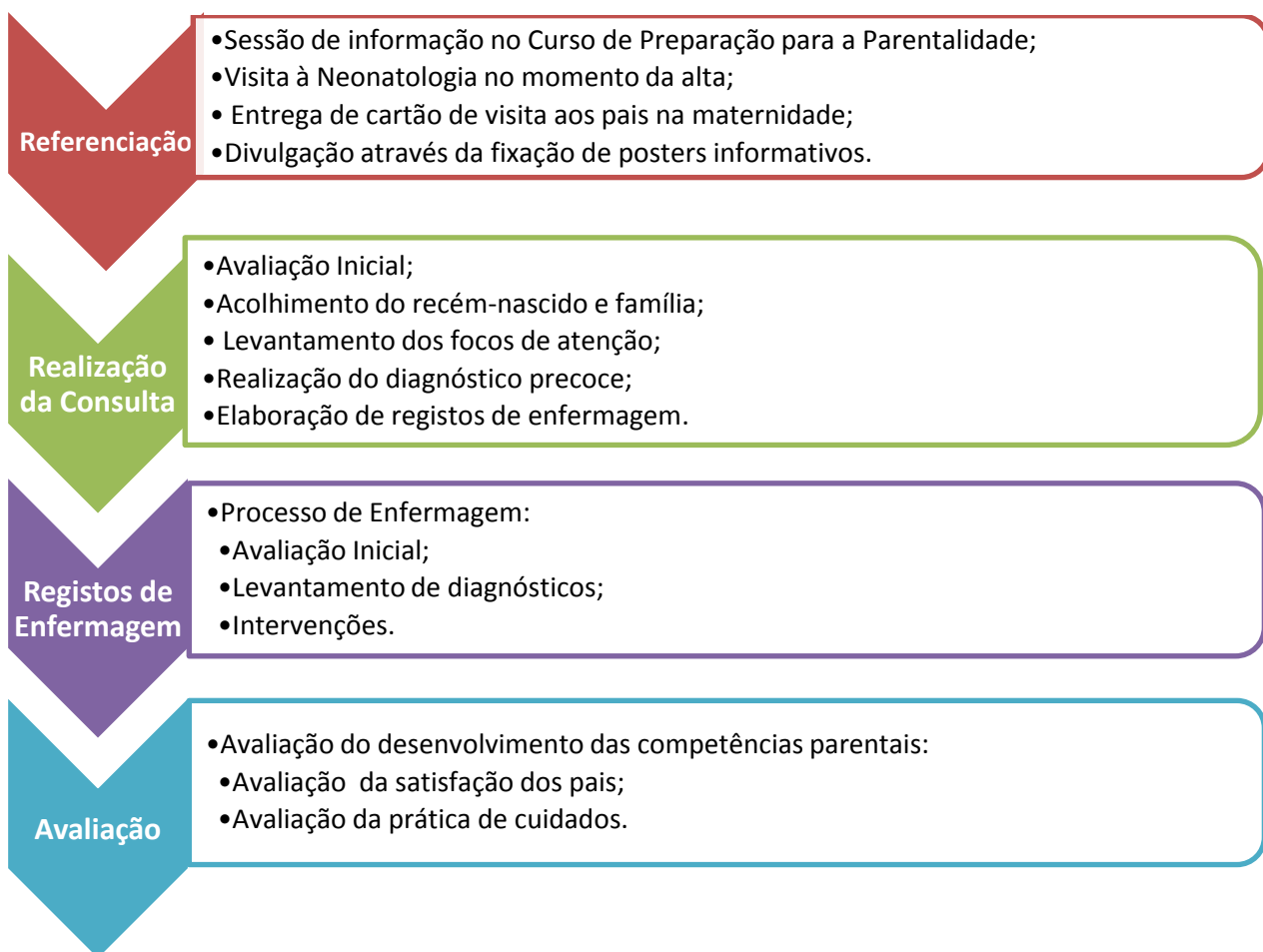
programa tenham uma intervenção orientada para o ensino e motivação dos pais no desenvolvimento das suas competências.

Com base em metodologias científicas e tendo em conta o modelo de parceria de cuidados, pretende-se que seja efectuada uma avaliação da situação ou problema, a recolha e apreciação dos dados, formulação do diagnóstico de Enfermagem, elaboração e execução de planos de cuidados correctos e adequados e avaliação/reformulação dos cuidados de Enfermagem.

Os registos fazem parte integrante do processo. Apresentando como princípios da consulta de enfermagem a promoção da saúde do utente pediátrico e o desenvolvimento infantil no seu máximo potencial.

Na página seguinte será apresentado um fluxograma com as três fases do programa da consulta, pelo modo como foi estruturado e em anexo 3 poder-se-á ver discriminadamente cada fase, com as respectivas actividades, instrumentos e recursos a utilizar.

FLUXOGRAMA – FASES DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO



II. Fase de Implementação da Consulta

i. Referenciação e Acolhimento

Para a implementação da consulta foi considerado que a referenciação e o acolhimento aos pais e recém-nascido seriam o primeiro passo para a construção da mesma. Partindo do princípio da importância para a fidelização dos clientes, apresentei como objectivos a referenciação da criança e pais à consulta de enfermagem ao recém-nascido, a divulgação da consulta de enfermagem ao recém-nascido e a marcação da consulta através de um agendamento informático para a primeira semana de vida do recém-nascido.

Sendo o Hospital Cuf Descobertas já uma referência ao nível da saúde materna e obstetrícia, com um total de 2749 nascimentos no ano de 2010, pretendemos que todas estas crianças possam continuar a ser seguidas na Pediatria do Hospital e temos como missão assegurar cuidados de saúde diferenciados à grávida/puérpera /recém-nascido e à sua família, educando, promovendo, prevenindo, tratando e reabilitando, garantindo a qualidade e equidade numa perspectiva de excelência e melhoria continua dos cuidados que prestamos.

Com o intuito de divulgar a consulta de enfermagem ao recém-nascido considerei importante fazê-lo inicialmente ao casal ainda antes do parto, ou seja no último trimestre de gravidez da mãe. Deste modo fui falar com a enfermeira responsável pelo Curso de Preparação para a Parentalidade do Hospital Cuf Descobertas de modo a apresentar a consulta na última sessão do Curso. Será uma mais-valia pois nesta etapa da vida os pais estão despertos para toda a informação que os possa ajudar, quer a eles, quer para o seu bebé.

Numa segunda fase, pretendo distribuir de um “cartão-de-visita” informativo (na UFON e Neonatologia) já realizado por mim durante o último estágio sobre a consulta de enfermagem ao recém-nascido, alertando para o apoio e esclarecimento de dúvidas no processo de transição para a parentalidade.

Pretendo ainda divulgar a consulta através da fixação de posters informativos no serviço de Consultas Externas de Pediatria e no serviço de Saúde Materna e Obstetrícia. Para tal também foi elaborado um poster durante o estágio no meu serviço (anexo 9).

Num segundo momento ainda fazendo parte da referenciação aparece importância da marcação da consulta e como tal pretende-se realizar um agendamento da 1ª Consulta de enfermagem para a 1ª semana de vida do recém-nascido e que a marcação da 1ª Consulta seja efectuada no dia da alta da criança, da Neonatologia ou da maternidade. Sendo que esta marcação poderá ser efectuada em agendamento informático, preferencialmente, ou agendamento manual pela Secretária de Unidade ou pela Enfermeira Responsável da Consulta.

Para atingir os objectivos propostos, em cada fase do programa da consulta foram criadas diversas actividades que explanam todos os passos para a concretização da consulta.

ii. 1ª Consulta de Enfermagem

A primeira consulta de enfermagem constitui o ponto mais alto de todos os momentos. Desde o início do meu projecto de estágio, passando pelos diferentes contextos clínicos e uma vasta pesquisa bibliográfica delineei diversas actividades que pretendo que sejam concretizadas.

Para iniciar a consulta, considera-se importante começar com uma avaliação inicial através do preenchimento de uma folha de registos elaborada por mim (ver anexo 6). Sendo que a colheita dos dados é um acto profissional de enfermagem que se situa na base de qualquer intervenção de cuidados e que se apresenta como um elemento de qualidade de cuidados, servindo primeiro para uma planificação dos cuidados e depois uma avaliação.

A colheita de dados constitui o primeiro passo no processo de tomada de decisão, sendo determinante para a determinação de prioridades, constituindo-se esta como uma intervenção autónoma de enfermagem, que considero ter importância fundamental para a gestão e organização da informação a disponibilizar aos pais.

Com o objectivo organizar a colheita de dados e orientar os diagnósticos, os resultados e as intervenções de enfermagem, na fase de acolhimento aos pais e recém-nascido, será realizado um levantamento dos focos de atenção (anexo 4), de acordo com a CIPE, nomeadamente: Parentalidade/ Adaptação à Parentalidade; Vinculação/Ligação pais-filho; Desenvolvimento Infantil; Sono e Repouso; Comunicação/ Estimulação e Socialização. Amamentação/ Amamentação Exclusiva; Auto-cuidado; Choro; Eructação; Cólicas e Febre.

Posteriormente pretende-se que seja feita a avaliação e promoção dos comportamentos de ligação pais-filhos, através de uma escuta atenta das preocupações e dúvidas que os pais apresentem, questionando sobre a adaptação da família à nova situação e verificando como se processa a vinculação pais-bebé.

Ainda no desenrolar da consulta será efectuada uma observação física do recém-nascido, que inclui uma avaliação somatométrica e observação da cor e alterações da pele, vigor, postura, tonicidade, características dismórficas e choro e uma avaliação do seu desenvolvimento, através do Teste de Sheridan que pretende avaliar a postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem e comportamento e adaptação social (anexo 10).

Será ainda realizado o diagnóstico precoce, que deve ser efectuado entre o 3º e 6º dia de vida do recém-nascido evitando assim que os pais se tenham de deslocar ao Hospital uma outra vez (anexo 5).

Tendo em conta os focos de atenção levantados proceder-se-á a uma promoção dos cuidados antecipatórios de forma a orientar os pais e ir ao encontro das suas dúvidas e dificuldades. Para tal foi elaborado um Guia Orientador de boas práticas (ver anexo 3) que permitirá uma orientação sobre estes mesmos focos de atenção e onde se poderá consultar vários artigos/ normas/ programas de saúde actualizados sobre cada uma das temáticas.

Serão ainda no final da consulta entregue aos pais folhetos informativos sobre as diferentes temáticas abordadas (ex. amamentação, cólicas, eliminação, sono) e realizada uma articulação com a Consulta de Saúde Materna e Obstetrícia, para esclarecimento de dúvidas acerca da contracepção e importância da marcação da consulta do puerpério.

Neste momento o projecto já foi aceite pela enfermeira chefe, fazendo parte integrante do relatório anual de 2010 como um desafio para 2011.

Algumas perspectivas já foram delineadas, encontrando-se neste momento na fase de construção e operacionalização. Ficou desde já definido que a consulta do RN, numa fase inicial se irá desenrolar de 2ª a 6ª feira das 10h30 às 12h30, com uma duração de 30min. cada consulta. Sendo que o seu agendamento será realizado no pós-alta da maternidade.

Num segundo momento existirá a marcação da próxima consulta após o levantamento das necessidades dos pais e RN, as quais serão realizadas uma vez por semana (às

segundas-feiras de manhã) com uma duração de 1 hora cada. Esta segunda consulta e posteriores, perspectivam-se que sejam realizadas num espaço adequado, nomeadamente num quarto individual adaptado, com aquecimento central e com todos os instrumentos necessários garantindo ao cliente o melhor conforto e segurança.

Desde já, sabe-se que não existe ainda um sistema de registo de enfermagem aberto para a consulta, pelo que inicialmente os registos irão ser elaborados manualmente ou em programa de Excel (ver anexo 7).

iii. Registos de Enfermagem

Ainda no momento da consulta pretende-se que seja criado um sistema de registos de enfermagem, utilizando a CIPE se possível, prevendo-se a possibilidade de concretização no próximo semestre.

Os registos tornaram-se num instrumento imprescindível no dia-a-dia dos enfermeiros, na medida em que permitem assegurar a continuidade dos cuidados, obter dados para a avaliação e ajudar no desenvolvimento da disciplina de Enfermagem, ajudando a dar visibilidade à profissão. Estes registos permitem, assim, que os enfermeiros comuniquem as suas observações, decisões e intervenções, bem como, os resultados esperados dessas acções.

De acordo com o International Council of Nurses (ICN), 2006 a CIPE configura-se num instrumento de informação para: Descrever os elementos da prática de Enfermagem, ou seja, os diagnósticos, as acções e os resultados de Enfermagem; Promover dados que identifiquem a contribuição da Enfermagem nos cuidados de saúde; Promover mudanças na prática de Enfermagem por meio da educação, gestão e pesquisa.

Para dar a continuidade e qualidade aos cuidados, para a gestão, formação, investigação e para os processos de tomada de decisão ambiciona-se a criação de sistemas de informação em enfermagem. Deste modo, quando se fala de documentação de cuidados de enfermagem, implica conhecer as competências dos enfermeiros.

Assim, sendo e de acordo com referido no capítulo II sobre o processo de tomada de decisão no âmbito do atendimento ao Recém- Nascido e sua relação com os sistemas de informação em enfermagem pretende-se que seja implementado, igualmente no

próximo trimestre, o processo de enfermagem para a consulta, que segundo os autores Doenges e Moorhouse (1992, pág. 2) constitui-se nas cinco fases seguintes:

- 1- Avaliação inicial - recolha sistemática de dados relacionados com o doente;
- 2- Identificação de problemas – análise dos dados por forma a identificar os problemas e necessidades do doente;
- 3- Planeamento – estabelecer objectivos, identificar critérios de resultados e escolher intervenções, de modo a criar um plano de cuidados para tratar os problemas e necessidades identificadas nos passos precedentes;
- 4- Implementação – executar o plano de cuidados;
- 5- Avaliação final – apreciar a eficiência do plano e mudá-lo se necessário.

Numa vertente operacional pretende-se conseguir um sistema de informação que permita introduzir os dados relativos à apreciação inicial a partir do modelo de cuidados, cabendo lugar à adição de texto livre. Deverá permitir aos enfermeiros inserir os diagnósticos de enfermagem identificados:

- definindo o foco envolvido (usando a CIPE); - ver anexo 4.
- definindo o diagnóstico/ dos objectivos/ dos resultados esperados;
- prescrevendo as intervenções de enfermagem através dos critérios pré-seleccionados para cada foco de atenção;
- permitindo a cada intervenção prescrita a adição de texto livre que clarifique os aspectos que se entenderem adequados.

iv. Avaliação

Para avaliação do programa da consulta pretendo utilizar uma escala de avaliação que irá ser elaborada no 2º semestre de 2011, em conjunto com a enfermeira chefe e com as colegas de serviço, tendo em conta três escalas já existentes e aplicadas: **“Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)”**; **“Family Nursing Practice Scale (FNPS)”** e **“Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais (EAACP) nos Cuidados ao RN de Risco (EAACP)”**.

De acordo com Thomas *et al.* (1996), autores da NSNS, esta escala começou a ser desenvolvida em 1993 para medir as experiências e a satisfação com a enfermagem

de acordo com a perspectiva dos doentes, em vez da perspectiva dos profissionais. Esta escala pode ser usada por gestores dos serviços e instituições para medir a qualidade, e por enfermeiros e investigadores para avaliar as intervenções de enfermagem (Ver anexo 11).

É designada por “Satisfaction with Nursing Care Scale”, traduzida por “Escala de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem”. É constituída por 19 itens e as respostas são dadas usando para o efeito uma escala tipo Likert, pontuada de 1 a 5.

Simpson e Tarrant (2006), autoras da segunda escala - FNPS, referem que esta escala mede as atitudes dos enfermeiros relativamente a trabalhar em conjunto com as famílias, a avaliação crítica dos enfermeiros face à prática de enfermagem centrada na família e a reciprocidade na relação entre enfermeiro e família. As categorias derivaram de necessidade de avaliação, competência como uma aplicação efectiva de conhecimento e capacidade e princípios teóricos para avaliação e intervenção com a família. Apresenta uma componente quantitativa e outra qualitativa, sendo constituída por uma escala tipo Likert com 10 itens e por 3 questões de resposta aberta, o que torna a FNPS uma abordagem mais completa e permite uma visão mais compreensiva da enfermagem familiar (anexo 12).

A EAACP, terceira escala estudada, nos Cuidados ao RN de Risco é uma Escala de Likert, que se destina a ser preenchida pelo progenitor cuidador do RN de risco, seja o pai e/ou a mãe, quando está prestes a ter alta clínica (a partir dos 5 dias anteriores), ou seja, no momento em que mãe/pai devem prestar os cuidados ao RN de forma autónoma. Simultaneamente, um dos enfermeiros responsáveis pela díade mãe/pai – RN preenche a Escala de Avaliação de Competências Parentais nos Cuidados (EACP) ao RN de Risco, que comporta os mesmos itens. Dessa forma, será possível comparar a auto-avaliação realizada pelo progenitor cuidador com a avaliação que é realizada pelos enfermeiros responsáveis. Sendo que nesta escala a avaliação das competências parentais foi operacionalizada em várias dimensões, de acordo com as necessidades do RN, propostas pelo modelo de Virgínia Henderson (Anexo 13).

Penso que estas escalas, após uma adaptação prevista durante o próximo trimestre, nos irão ajudar para avaliar o programa da consulta, sendo que se pretende ainda realizar entrevistas semi-estruturadas aos pais igualmente durante esse tempo, tendo em conta os seguintes domínios: Promoção de cuidados antecipatórios e comunicação e relação interpessoal.

CAPÍTULO IV – PARA UM NOVO CORPO DE COMPETÊNCIAS... Dos contributos das experiências de estágio a uma visão de futuro

No meu processo de crescimento e desenvolvimento, iniciando o trajecto profissional de especialista procurei o conhecimento através de um papel activo na minha aprendizagem que fez com que conseguisse alargar horizontes e traçar caminhos e objectivos dentro de uma área específica com a qual me identifico.

Quando abordamos o conceito de competência, devemos lembrar da definição dada por Fleury: *“um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”*.

Ter competência é saber mobilizar saberes e ao clarificar que a competência é a capacidade de utilizar os saberes para agir em situação. Na mesma linha de pensamento, Perrenoud (2001) afirma ainda que a competência *“é uma mais-valia acrescentada aos saberes”* e salienta que *“não existe competência sem saberes”* mas a competência recorre a eles (saberes) e mobiliza-os. Isto está em consonância com a perspectiva da Ordem dos Enfermeiros (2007, p.10) o Enfermeiro Especialista é aquele que tem *“(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.”*

Atendendo ao processo de aquisição/desenvolvimento de competências, pretendeu-se com a realização de um projecto de um programa de consulta de enfermagem ao recém-nascido e de estágios em diferentes contextos, desenvolver competências de assistência à criança e família, estabelecendo com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde e, ainda, como EESIP adquirir e mobilizar saberes que sejam facilitadores da gestão interprofissional dos cuidados, tendo como finalidade prestar cuidados específicos em respostas às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança. Tal como Matos (1997:9) nos refere a realização de estágios/ensinos clínicos apresentam o intuito de desenvolvimento de capacidades para a sua prática, pois este *“permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o*

enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho”.

De acordo com HESBEEN (2000:126), *a complexidade da formação reside sobretudo no desenvolvimento de aptidões que permitam o encontro profissional do prestador de cuidados, que tem competência de prestar uma ajuda apropriada e subtil.* Assim, toda a formação deve permitir ao enfermeiro alargar os seus horizontes e melhorar a capacidade de ir ao encontro do Outro, de caminhar com ele e, por outro lado, desenvolver as suas competências no sentido aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

A Ordem dos Enfermeiros definiu, no Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, além dos quatro domínios comuns de competências de todos os enfermeiros especialistas (Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Gestão da Qualidade, Gestão de Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais), um perfil de competências específicas a cada especialidade, sendo que para o enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria, foram definidas três competências das quais tive em consideração durante o curso.

Posso concluir que no meu estágio relativamente às competências específicas trabalhei mais os domínios relativos com - **Assistência a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde na resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E1 e E3).**

Ao enfermeiro especialista cabe o aprofundamento do conhecimento e a aquisição de competências num domínio específico de enfermagem, resultando numa profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença, num amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, conduzindo a intervenções de elevado nível de adequação às necessidades de cada indivíduo.

O enfermeiro especialista em SIP poderá então ser entendido como um perito na concepção e gestão dos cuidados à criança e família, já que detém um entendimento profundo sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde. Neste sentido, penso que durante o estágio fui capaz de implementar soluções com elevada adequação às necessidades da criança/família, efectuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e fazendo a sua avaliação.

Deste modo, e sempre impulsionada pela procura de uma prestação de cuidados de excelência, no meu caminho da assistência de enfermagem pediátrica as competências desenvolvidas contemplaram:

- Um conhecimento científico profundo e específico nesta área de especialidade, no qual sustento a minha prática de cuidados;
- O reconhecimento da criança como elemento participativo na tomada de decisão do seu processo de saúde, bem como a valorização dos pais como primeiros prestadores de cuidados.
- O suporte e assistência da criança/família nos processos de transição e adaptação tendo em conta os seus projectos de saúde, conducente à maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança.

Desenvolvi competências para os processos de cuidados em situações de complexidade e contextos multidisciplinares, no sentido de encontrar respostas inovadoras para os seus problemas de saúde e para as práticas de cuidados, no que diz respeito à promoção de competências parentais no cuidar ao recém-nascido.

Ao longo deste projecto constatei uma grande diversidade de competências, congruentes com o papel do enfermeiro de família, multifacetado e desenvolvido em áreas e contextos comunitários diferenciados. Ainda, de acordo com as directrizes do CIE (Schober & Affara, 2001), para o desenvolvimento de competências que permitam o desenvolvimento de modelos que vão para além da doença e que visam melhorar a qualidade de vida das famílias através da sua capacitação, é evidenciada a importância de uma prática baseada nos seguintes princípios: pensamento crítico; liderança e organização; prática baseada na evidência e qualidade dos serviços.

O desenvolvimento destas competências permitiu-me desenvolver ao longo dos estágios alguns papéis como educador de saúde; prestador e supervisor de cuidados; defensor da família e gestor e coordenador, tal como os seguintes autores assim o defendem. (ICN, 2002a, Hanson, 2005, Friedman, 1998, Potter, 2005; OE, 2002).

O desenvolvimento de competências conducentes à efectivação destes papéis, permitiu-me ainda como enfermeira “*Contribuir de maneira muito útil nas actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, além das suas funções e tratamento. Ajudar os indivíduos e famílias a assumir a doença e incapacidade crónica (...) fazer aconselhamento sobre os modos de vida e factores de risco ligados aos comportamentos,*

bem como ajudar as famílias em questões ligadas à saúde. Ao detectar precocemente os problemas, podem favorecer a tomada de consciência sobre os problemas de saúde familiar desde o seu início.” (OMS, 2000:38).

Das áreas de competências do curso e das competências do enfermeiro especialista foi possível desenvolver um olhar integrador que me permitiram a construção do programa da consulta de enfermagem ao recém-nascido e que só foi possível através de uma **responsabilidade ética e profissional**, desenvolvendo uma prática profissional e ética no campo de intervenção e promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Na assistência à criança e sua família não basta somente a preparação científica actualizada mas, conjuntamente, será crucial uma sólida formação pessoal e ética.

Baseada na Declaração dos Direitos Humanos, foi elaborada a Declaração Universal dos Direitos da Criança em 1959 com a finalidade de promover uma infância digna e feliz. Posteriormente em 1986, foi elaborada a “Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas”, com o enunciado dos vários direitos da criança em situação de internamento hospitalar.

Todas estas preocupações relativas à protecção da criança, têm como fundamento a consciência da fragilidade, vulnerabilidade e dependência da criança. Neste âmbito, foi fundamental a análise e reflexão aprofundada do Código Deontológico, assim como o confronto com processos de cuidados desenvolvidos por profissionais com um sólido conhecimento do mesmo. É devido à imaturidade da criança que esta não tem competência para uso da sua liberdade de forma a decidir autonomamente em função do seu próprio bem. Daí que sejam os pais ou os seus representantes legais que as substituem nas decisões. Mas como poderão eles exercer esse direito e ao mesmo tempo preparar as crianças para que futuramente exerçam a sua autonomia? Isto só é possível se cada decisão dos pais ou representantes legais seja exclusivamente elaborada em função da criança, possibilitando-lhes no futuro capacidades para o exercício da sua autonomia. Neste sentido, o profissional de saúde tem de estar atento, para que o melhor bem da criança não seja posto em causa. Além disto, nos últimos anos, tem-se vindo a assistir a uma inclusão da família no centro dos cuidados. Assim, também a minha reflexão ética deixou de ser exclusivamente direccionada para a criança, para passar a incluir a família.

O enfermeiro de pediatria deve desenvolver o seu trabalho não só com as crianças mas em parceria com a família. Tal como referi anteriormente no capítulo II sobre o enfermeiro e a relação de parceria, ao longo dos estágios fui-me apropriando destes conceitos e, na prática, fui reconhecendo os pais como os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, como elementos fundamentais para o êxito dos cuidados prestados à criança. Esta filosofia de cuidados que evidencia o papel dos pais nos cuidados teve como objectivo a satisfação individualizada das necessidades de cada criança e família, e a garantia da qualidade e continuidade dos cuidados.

A **Gestão e garantia da qualidade de cuidados** foi outra competência desenvolvida e extremamente importante para a edificação do meu projecto, de forma a gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e que me permitiu a articulação na equipa multiprofissional. Por outro lado, ajudo-me a adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Neste âmbito, considero ter desenvolvido competências de gestão estratégica e liderança em contextos multidisciplinares e de grande complexidade ao conseguir construir um projecto dinamizador de implementação de uma consulta de enfermagem ao recém-nascido. Foi visível durante todos contextos clínicos que o trabalho desenvolvido em torno da criança e família dever ser feito em equipa no sentido de se desenvolver uma abordagem cuidadosa que minimize as consequências da hospitalização, minimizando os acontecimentos traumáticos no desenvolvimento da criança.

Neste sentido, o desenvolvimento de estratégias de comunicação ao longo do estágio foi essencial na transmissão de conhecimentos aos pais na consulta de enfermagem ao seu recém-nascido. É porventura importante que esta comunicação seja efectiva e vá de encontro às necessidades de cada um. O uso de uma linguagem acessível, a escuta activa e a verificação da compreensão da informação podem permitir o sucesso da comunicação. Existem diversas formas de interacção das famílias com os profissionais de saúde, existindo famílias que muito confiam até às que tem altos níveis de desconfiança (Whaley L e Wong D., 1999). Cabe aos enfermeiros respeitar cada tipo de interacção e encontrar estratégias de comunicação eficazes em cada situação específica.

Por fim, um olhar integrador sobre o **desenvolvimento profissional**, em que foi possível desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade, baseando a minha praxis clínica

especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Foram de extrema relevância as experiências desenvolvidas assim como as relações estabelecidas com profissionais, crianças e família. Complementando-se este conhecimento teórico e prático com uma postura crítica e reflexiva que permitiu analisar as situações e **desenvolver o auto-conhecimento**.

Para um novo corpo de competências os marcos para o meu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional emergiram dos conhecimentos científicos adquiridos (consolidação do saberes próprios da ESIP e da construção de um portefólio de estudo individual), da reflexão produzida, das práticas de cuidados significativas e do acompanhamento das políticas de saúde e das políticas relativas à infância e juventude e família (através das leituras realizadas, da participações em actividades cívicas e profissionais, do conhecimento das tendências e políticas relativas: à Saúde; à Infância e Juventude e Família e o meu contributo para o projecto em curso).

Hoje assistimos a uma evolução dos cuidados de enfermagem para responder às necessidades específicas das pessoas, que está relacionada com os progressos no domínio do conhecimento e desenvolvimento da formação na área das ciências de enfermagem.

É sabido que a construção e o desenvolvimento de competências se fazem no terreno, e se o contexto das práticas tem de ser visto como o local, por excelência, onde se desenvolve Enfermagem, ele é, ao mesmo tempo gerador, produtor de conhecimento e de saberes.

A garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem será fornecida pela experiência profissional em conjunto com a prática clínica reflexiva e com os momentos de aprendizagens formais.

O trabalho desenvolvido por mim ao longo do curso e perante as situações problemáticas que se me depararam no meu quotidiano profissional conduziram-me a apelar ao capital de conhecimentos adquiridos, à minha capacidade de compreensão humana, à minha inteligência, à minha criatividade e poder de decisão, a questionar-me e a reflectir sobre as minhas competências desenvolvidas e seus valores.

Para mim, um dos desafios do futuro passa pela consciência e desenvolvimento do saber e competências próprias, pela valorização das intervenções autónomas baseadas na

evidência, na investigação, no conhecimento e saberes e pelo reconhecimento das competências adquiridas.

A minha forma de ver e conhecer Enfermagem revê-se num conjunto de actos que visam a promoção da saúde, ajudando o outro a suportar/ superar a doença, no caminho do seu bem-estar e indo ao encontro das necessidades concretas de cada pessoa, que valorizem a intervenção autónoma.

Espero num futuro próximo, numa dinâmica de permanente desenvolvimento profissional, conseguir implementar a consulta de enfermagem ao recém-nascido, num cenário que integre e respeite aquilo que aprendi e desenvolvi, de forma a poder prestar cuidados especializados de Enfermagem a criança.

Ser enfermeiro no século XXI desafia-me a abandonar a rotina dos cuidados isolados, integrar-me em equipas multidisciplinares em que a criança e família são partes integrantes, intervindo de uma maneira organizada e que na consulta consiga desenvolver o meu papel de EESIP, contribuindo para uma excelência do cuidar em enfermagem.

Como diria Lucília Nunes, *“Um olhar sobre o ombro e sem complexos do passado, mas orgulhosos”*, façamos por construir um futuro mais promissor.

CONCLUSÃO

A elaboração de um projecto de intervenção na área da saúde infantil e pediatria contribui significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, Boutinet cit. por Fernandes (1999) afirma que construir um projecto, é já procurar fazê-lo acontecer. Na mesma perspectiva Barbier cit. por Fernandes (1999) refere que o projecto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma ideia, é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar o real, uma ideia a transformar um acto. Por outras palavras, um projecto reside do resultado da tensão de um problema inquietante, do desejo de o solucionar e do modo como antecipadamente é estruturado a acção.

Um projecto parte de cada um, da sua experiência, da consciência que tem das suas necessidades.

Actualmente o enfermeiro preocupa-se em definir de forma rigorosa, o seu contributo profissional no seio de uma equipa multidisciplinar, quer para a sua realização pessoal, quer por compromisso em responder a sua missão para com a sociedade que pretende servir.

A formação através de projectos apela a necessidade do enfermeiro/aluno se definir perante objectivos traçados por si próprio e surge como resposta possível à necessidade de desenvolvimento de competências profissionais às quais permitem enfrentar os desafios de um meio em constante mutação assumindo nele um papel dinâmico.

Deste modo, considero fundamental sensibilizar a instituição de saúde para a necessidade de criar e desenvolver estratégias de articulação eficazes entre a gravidez, parto e puerpério, para um apoio mais sistemático e organizado que englobe a mulher, o filho, o cônjuge e a família alargada, para que desta forma toda a família se consiga adaptar mais facilmente à nova realidade após o nascimento de uma criança.

Os cuidados de enfermagem na preparação para a parentalidade durante o período pós-natal têm como objectivo ajudar os pais e fornecer ensinamento sobre as competências da parentalidade de forma a estarem preparados a fim de desenvolver estratégias para a resolução de problemas concretos e dar resposta a muitas das necessidades dos pais, onde se procura, através da aquisição de conhecimentos, possibilitando aos casais, o

esclarecimento de dúvidas e a partilha de sentimentos e experiências significativos neste período das suas vidas. O objectivo final desta preparação para a parentalidade é o alcance de um bem-estar pleno da criança, capacitando os futuros pais para as alterações que uma nova vida trás à vivência de um casal

Toda esta preparação será continuada através da implementação de uma consulta de enfermagem ao recém-nascido no primeiro mês de vida, ajudando os pais a ultrapassar os seus medos, dúvidas e inseguranças e promovendo um bom desenvolvimento do seu filho quer físico, cognitivo e emocional.

A repercussão que gostaria que este programa de consulta pudesse vir a ter é:

- Promover a reflexão sobre o papel dos familiares, no apoio aos pais no processo de transição para a parentalidade;
- Promover o desenvolvimento de competências parentais, de modo a dotar os pais de conhecimentos específicos no cuidar ao recém-nascido, procurando assim integrar os recursos dos actores implicados nesses cuidados;
- Melhorar a prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido no serviço de consultas;
- Promover condições organizacionais que favoreçam o papel activo dos familiares nos serviços, apoiando-os em simultâneo;
- Contribuir para tornar o hospital um espaço com dinâmicas centradas na criança, ou dito de forma mais abrangente nas crianças e suas famílias e nas suas necessidades.

Este percurso de formação já teve no entanto repercussões a nível pessoal, porque permitiu o desenvolvimento de competências na área da saúde infantil e pediátrica, proporcionando-me **conhecimento** e **experiência** diferenciados, relativos à criança e ao jovem e contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ **ABREU, W.** (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau.
- ❖ **ALARCÃO, I.; TAVARES, J.** (2005). Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem. Coimbra: Almedina.
- ❖ **ALESSANDRINI, C.** (2002). O desenvolvimento de competências e a participação pessoal na construção de um novo modelo educacional. In Perrenoud, P.; Thurler, M.; Macedo, L.; Machado, N.; Alessandrini, C. (Eds). As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed Editora, pp.157- 176.
- ❖ **ANDRADE, F. M. M. & PEREIRA, L.C.F.** (Fev. 2005). Contributos da consulta de enfermagem na educação do idoso diabético. Nursing, (196), 10-13.
- ❖ **ANDREANI, G.** (2006). Satisfação e responsabilidade: o envolvimento do pai na gravidez durante a transição para a parentalidade. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- ❖ **BAMM & ROSENBAUM** (2008). Family-Centered Theory: Origins, development, barriers, and supports to implementation in Rehabilitation Medicine. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(9), 1618-1624.
- ❖ **BARNARD, K.E.**, (1994). Parent-child interaction model. In: Marriner-Tomey, A. (Ed.), Nursing Theorists and their Work, pp. 406–422.
- ❖ **BARROS, L.** (1999). Psicologia Pediátrica – perspectiva desenvolvimentista. Lisboa: Climepsi Editores.
- ❖ **BARROS, L.** (2001a). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In Canavarro, M. (Ed). Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto, pp. 297-316.
- ❖ **BARROS, L.** (2001b). O bebé nascido em situação de risco. In Canavarro, M. (Ed) Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto, pp. 235-254.
- ❖ **BASTO, M. L.** — Da intenção de mudar à mudança. Lisboa : Rei dos Livros, 1998.
- ❖ **BATALHA, L., FRANCO, F. & MATOS, L.** (1999). Relação de parceria nos cuidados neonatais. *Sinais Vitais*. (22), 21-23;

- ❖ **BENDER, H.** (1998). Neonatal Intensive Care. In Davis, H. & Fallowfield, L. Counselling and Communications in Health Care. Wiley: West Sussex, 209-221;
- ❖ **BENNER, P.** (2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto.
- ❖ **BOBAK, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M.** (1999). Enfermagem na maternidade. Loures: Lusociência.
- ❖ **BORGES, A. & GOUVEIA, B.** (2001). Competências do Recém-nascido. *Servir*, 49 (3), 136-139.
- ❖ **BOWLBY, J.** (2002). Apego: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes.
- ❖ **BRAZELTON, T.B** (1998). As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes.
- ❖ **BRAZELTON, T.B & Cramer, B** (2007). A relação mais precoce: os pais, os bebés e a Interacção precoce. (5aed.) Lisboa: Derramar.
- ❖ **BRAZELTON, T.B** (2007). O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. (10ª ed.) Queluz de Baixo: editora presença.
- ❖ **BRAZELTON, T.B** (1998). Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento. Lisboa: Derramar.
- ❖ **BRONFENBRENNER, U.** (2005). Preparar um mundo para a criança no século XXI: o desafio da investigação. In Gomes-Pedro, J.; Nugent, J.; Young, J.; Brazelton, T. (Eds.). *A Criança e a Família no século XXI*. Lisboa: Dinalivro, pp. 79 - 89 .
- ❖ **CANAVARRO, M.** (2001). Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto.
- ❖ **CASEY, Anne** – Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: Glasper, E. A.; Tucher, A. – Advances in Child Health Nursing. London, Scutari, 1993.
- ❖ **CASEY, Anne; Mobbs, Sara**, "Partnership in practice". In: *Nursing Times*. November, 2. Vol. 84. Nº 44, 1988.
- ❖ **CENTRE FOR EVIDENCE BASED NURSING** – Disponível em www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/decrpt.pdf, p.14-29
- ❖ **C.I.P.E.** (2006). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Versão1). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ❖ **COWAN, C. P., & Cowan, P. A.** (1992). When partners become parents: The big life change for couples. New York: Harper Collins.

- ❖ **COLLIÈRE**, M. (1989). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- ❖ **CORLETT & TWYLCROSS** (2006). Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1308-1316.
- ❖ **COYNE**, Imelda - Parental Participation in Care: a Critical Review of the Literature. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN: 1365-2648 (Abril, 1995). Vol.21, nº4, p. 716-722.
- ❖ **COUGHLIN**, Mary [et al] – Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford: Blackwell. ISSN: 0309-2402. Vol.65, nº10, (Outubro, 2009) p.2239-2248.
- ❖ **CRUZ**, Orlanda - Parentalidade. Coimbra. Quarteto, 2005. ISBN – 989-558-054-1.
- ❖ **DALE**, N. (1996). Working with families of children with special needs – Partnership and practice. London and New York: Routledge. 62
- ❖ **DIAS**, M. F. (2006). Construção e validação de um inventário de competências: contributo para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado. Loures: Lusociência.
- ❖ **DIAS**, A. et al – Registos de enfermagem. *Servir*. Lisboa, 2001, 267-271.
- ❖ **DINNEBELL**, L. (1999). Defining parent education in early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19 (3), 161-164.
- ❖ **DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE**. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos adolescentes. (2002a). Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de actuação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. (Orientações Técnicas, 12).
- ❖ **DOENGES**, M. E., **MOORHOUSE**, M. F. Aplicação do processo de enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem – um texto interactivo – Lisboa: Luso Didacta, 1992.
- ❖ **DUPAS**, G., Pinto, I. C., Mendes, M. D. & Benedini, Z. (1994). Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. *Acta Paulista de Enfermagem* [versão electrónica]. São Paulo. 7 (1), 19-26. Obtido em 6 de Junho de 2009 em http://www.unifesp.br/denf/acta/1994/7_1/pdf/art3.pdf.
- ❖ **ERIKSON**, Erik H. Infância e Sociedade, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1971.
- ❖ **FERNANDES**, M. T. (Setembro/Outubro 1999). Metodologia de projecto. *Servir*, 55 (5), 233-236.

- ❖ **FERREIRA, M.;** Costa, M. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé prematuro. *Revista do ISPV*, 30, 51-58.
- ❖ **FIGUEIREDO, B.** (1994). Saúde da mãe e do bebé durante o puerpério. In *Psicologia da Saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 73-108). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- ❖ **FIGUEIREDO, B.** (2001). Mães e bebés. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ❖ **FORTIN, M.** (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- ❖ **FRANCK & CALLERY** (2004). Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. *Child: Care, Health and Development*, 30(3), 265-277.
- ❖ **GASPARDO, C. M.,** Linhares, M. B., & Martinez, F. E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: Revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81 (6), 435-442.
- ❖ **GIDDENS, A.** (2000). Família, casamento e vida pessoal. In A. Giddens, *Sociologia* (pp. 175-211). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ❖ **GOMES-PEDRO, J.** Et al (2005). A criança e a família no século XXI. Lisboa: Dinalivro.
- ❖ **GOMES-PEDRO, J.** (1985). A relação mãe-filho: influência do contacto precoce no comportamento da díade. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- ❖ **GOMEZ, R., & Leal, I.** (2007). Vinculação parental durante a gravidez: Versão Portuguesa da forma materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (2), 153-165.
- ❖ **GONÇALVES, A.;** Vitorino, C.; Santos, E.; Silva, I.; Louro, M. (2001). O enfermeiro e a família: parceiros de cuidados? *Nursing*. 151, 11-17.
- ❖ **GONÇALVES, Joana Isabel de Castro** (2008) – Depressão Pós-parto da Mãe e Retraimento Social do Bebé. Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia.
- ❖ **HESBEEN, W.** (2000). Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de Cuidar. Lisboa: Lusociência (2000).
- ❖ **HOCKENBERRY, M.;** WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. – Wong fundamentos de enfermagem pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Mosby, 2006.

- ❖ **ICN** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1. Geneva. Cpyright. 2005. ISBN: 92-95040-36-8.
- ❖ **JESUS**, M.H. – Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de Enfermagem. Coimbra: Formasau, 2006.
- ❖ **JORGE**, A. (2004). Família e Hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem. Loures: Lusociência.
- ❖ **KLAUS**, M. H., Kennell, J. H. & Klaus, P. H. (2000). Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed.
- ❖ **KLAUS**, M. H. & Klaus, P. H. (2001). Seu surpreendente recém-nascido. Porto Alegre: Artmed.
- ❖ **KENNEL**, J. (1995). Tornar-se família – ligações e padrões de mudança no comportamento do bebé e da família In Gomes-Pedro, J. (1995). Bebé XXI: criança e família na viragem do século. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 35-53.
- ❖ **LAZURE**, H. (1994). Viver a relação de ajuda. Lisboa: Lusodidacta.
- ❖ **LEBOVICI**, S. (1987). O bebé, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ❖ **LEFEVRE**, Rosalinda Alfaro (2010). Aplicação do Processo de Enfermagem. Artmed-Biomedicina. ISBN: 8546300965.
- ❖ **LEVIN**, A. (1999). Ponto de vista: Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado. Acta Paediatric. (88), 353-355 In Documento do mês sobre amamentação.
- ❖ **LOPES**, M.; Catarino, H. & Dixe, M. (2010). Estratégias de coping no exercício da parentalidade e a sua relação com os factores sociodemográfico. Instituto Politécnico de Leiria.
- ❖ **MARGATO**, Carlos - A Propósito da tomada de decisão clínica em enfermagem. In Revista Sinais Vitais, nº 90. Maio 2010.
- ❖ **MARTINS**, C. A. (2010) – A Transição no Exercício da Parentalidade Durante o Primeiro Mês de Vida da Criança: Constatando um Mundo Desconhecido e Avassalador. In Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família. Porto. Núcleo de Investigação e de Enfermagem na Família. Novembro, 2010. ISBN: 978-989-96103-3-0.
- ❖ **MARTINS**, Cristina Araújo – Transição para a parentalidade: Uma revisão sistemática da literatura. In E-book “Da investigação à prática de Enfermagem: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2007.

- ❖ **MATOS**, E. T. (1997) – A colaboração escola-serviços. Nursing. Ano 10, Nº114, p. 31-34.
- ❖ **MEDEIROS**, Cássia R. G.; **Santos**, Beatriz R. L. (2009) - As vivências da família no retorna ao lar com o primeiro filho. Revista Ciência e Saúde, Porto Alegre (Jan. /Jun. 2009), 2 (1), 16-24.
- ❖ **MÉGRE**, Paula. - Novas Competências numa Perspectiva de Desenvolvimento Profissional. Pensar Enfermagem. Lisboa, ISSN: Vol.2. Nº 2. (2º Semestre de 1998). P.9-15.
- ❖ **MELEIS**, A.; **TRANGENSTEIN**, P. – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook, 42 (6) Nov/Dec 1994, p. 255-259.
- ❖ **MORAIS**, C. (2004). Perspectivas das competências. Nursing, 188, 23-24.
- ❖ **MOREIRA**, Helena e tal (2009) – Percepção Neonatal na Transição para a Maternidade: Estudos Psicométricos do Inventário de Percepção Neonatal Numa Amostra de Mães da População Portuguesa. RIDEP, 28:2 p. 81-104.
- ❖ **MURPHY**, S.A. Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. Holistic Nursing Practice, v. 4, n. 3, p. 1-7, 1990.
- ❖ **NUNES**, Lucília (2003) - Um olhar sobre o ombro. Lusodidacta. ISBN: 9789728383305.
- ❖ **ORDEM DOS ENFERMEIROS** (2009) – Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ❖ **ORDEM DOS ENFERMEIROS** (2010) – Caderno Temático: Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Série I; Nº3; Vol.1.
- ❖ **ORDEM DOS ENFERMEIROS** (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ❖ **ORDEM DOS ENFERMEIROS** (2003). Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ❖ **ORDEM DOS ENFERMEIROS** (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ❖ **PEREIRA**, Sandra Martins – Princípios éticos como focos de atenção da prática dos enfermeiros: Uma possível reflexão. Revista Sinais Vitais. Coimbra, ISSN: 0872-8844, nº90 (Maio 2010), p.33-35.

- ❖ **PERRENOUD**, P. (2001). Porquê construir competências a partir da escola?. Porto: Asa.
- ❖ **PETERSON**, W.; Charles, C.; Dicenso, A.; Sword, W. (2005). The Newcastle Satisfaction
- ❖ with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care (versão electrónica). Journal of Advanced Nursing, 52 (6), 672-681.
- ❖ **PHANEUF**, M. (2001). Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado.Coimbra: Quarteto.
- ❖ **RABELO**, M.; Chaves, E.; Cardoso, M. & Sherlock,M.(2007) - Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paul Enferm* 2007;20(3):333-7.
- ❖ **REGULAMENTO Nº 122/2011** – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Serie, nº35, 18 de Fevereiro de 2011, 8648-8653.
- ❖ **REGULAMENTO Nº 123/2011** – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2ª Serie, nº35, 18 de Fevereiro de 2011, 8653-8655.
- ❖ **ROBBINSON**, CA 1996 in Wernet, M.; Ângelo,M. – A enfermagem diante das mães na unidade de terapia intensiva neonatal – Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007, p.229-235.
- ❖ **RUTHES**, Maria e **CUNHA**, Isabel Cristina Kowal Olme - Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Enfermagem, Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem (GEPAG), 2008.
- ❖ **SÁ**, Eduardo – O dedo de ET. In: *País*. Lisboa, Junho de 1992:42-45.
- ❖ **SÁ**, E. (1997). A maternidade e o bebé. Lisboa: Fim de Século.
- ❖ **SALONEN**, Anne (2010) – Parenting satisfaction and Parenting Self-Efficacy during the postpartum Period Evaluation of an internet-based intervention. University of Tampere. (Novembro 2010). Dissertação de Mestrado. ISBN 978-951-44-8203-8.
- ❖ **SANTOS**, A. C & **MEDINAS**; M. A; (2002). Paradigma da maternidade: o desejo de ser mãe/capacitar para cuidar. Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras, (3), 11-16.

- ❖ **SHIELDS, PRATT & HUNTER** (2006). Family centred care: A review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317-1323.
- ❖ **SHIELDS, PRATT, DAVIS, & HUNTER**, (2007). Family-centred care for children in hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-13.
- ❖ **SIGAUD**, C. H. S. et al (1996). Enfermagem pediátrica. S. Paulo: E.P.U. (editora pedagógica) e universitária.
- ❖ **SILVA**, Abel P. - Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir. Lisboa. ISSN: 0871-2370. V. 55, nº 1-2, pp. 11-20.
- ❖ **SILVA**, A. P. (2001) – Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Tese de doutoramento.
- ❖ **SIMÕES**, C.M.; SIMÕES, J.F. – Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. Revista Referência, IIª série, nº4, Junho 2007.
- ❖ **SIQUEIRA**, P. R. (2001). A assistência da enfermeira ao parto normal. Rio de Janeiro. EEANU/UFRJ.
- ❖ **SOARES**, Hélia Maria (2008) - O Acompanhamento Da Família No Seu Processo De Adaptação e Exercício Da Parentalidade: Intervenção De Enfermagem. Porto: Universidade do Porto Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Mestrado.
- ❖ **SOARES**, I. (2001). Vinculação e Cuidados Maternos: segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé.
- ❖ **SOVERAL**, M. – Pensamento e linguagem dos enfermeiros. *Enfermagem* nº 35/36 2ª série, Julho/ Dezembro, 59-63.
- ❖ **STANHOPE, Lancaster** – Enfermagem de Saúde Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª edição, Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-05-3.
- ❖ **SWANSON**, K.M. – Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship* 25(4), 1993, p.352-57.
- ❖ **TANNER, D. & TANNER**, L. (1987) – Supervision in education: Problems and Practice. New York: MacMillan.

- ❖ **THOMAS**, L.; McColl, E.; Priest, J.; Bond, S.; Boys, R. (1996). Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*, 5:67-72.
- ❖ **TAYLOR**, S. G. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do déficit de auto-cuidado de Enfermagem In Alligood, A. M. & Tomey, M. R. Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de Enfermagem). (5ª Ed.). Loures: Lusociência, 211-236.
- ❖ **WATSON**, J. – Nursing – Philosophy and science of caring – revised edition. University Press of Colorado, 2008.
- ❖ **WHALEY**, L. F. & **WONG**, D. L. (1999). Enfermagem pediátrica (2a ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- ❖ **WRIGHT**, L., & **LEAHEY**, M. (2002). Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca.

ANEXOS