



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

**Promover a Parentalidade Positiva em pais de
crianças prematuras**

Susana Maria Mata Martins

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

**Promover a Parentalidade Positiva em pais de
crianças prematuras**

Susana Maria Mata Martins

Orientadora: Maria Filomena de Sousa

2015



“Por vezes, os pais pensam que é preciso dar-lhes o mundo, mas muitas vezes esquecem-se que para elas, o mundo são eles mesmo. E isso é o que as crianças verdadeiramente precisam.”

(OE, 2010)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP – American Academy of Pediatrics
AM – Aleitamento materno
BCG – *Bacillus Calmette-Guérin*
CCF – Cuidados centrados na família
CE – Conselho Europeu
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral de Saúde
ERC – European Resuscitation Council
Escala Flacc – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale
Escala Nips – Neonatal Infant Pain Scale
Escala Ops – *Objective Pain Scale*
ICN – International Council of Nurses
IG – Idade Gestacional
IPFCC – Institute for Patient and Family-Centered Care
OE – Ordem dos Enfermeiros
PNV – Plano Nacional de Vacinação
RN – Recém-nascido
RNPT – Recém-nascido prematuro
SIP – Serviço de Internamento de Pediatria
STM – Sistema de Triagem de Manchester
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
UCIIN – Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliar

RESUMO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem possui um conjunto de competências, conhecimentos e habilidades que mobiliza na sua prestação de cuidados, sendo esta planeada em função do seu diagnóstico das necessidades do cliente pediátrico.

A parentalidade é descrita como uma das transições mais importantes na vida das pessoas, sendo também uma temática de relevo na sociedade atual, pelas repercussões no futuro da mesma. Esta transição para a parentalidade pode ser acrescida de dificuldades se o nascimento for prematuro, tanto pela componente emocional associada ao nascimento inesperado, mas também pela percepção de fragilidade e de risco de vida da criança. Aliada a esta visão, surge uma concentração de expectativas e de recursos podendo conduzir a que os pais a superprotejam as crianças, limitando-as nas suas atividades de exploração e experimentação, o que inevitavelmente pode comprometer o seu desenvolvimento.

Desta forma, é da responsabilidade dos enfermeiros empoderar os pais para cuidar da criança prematura e assisti-los numa transição saudável para o exercício de uma parentalidade positiva. Esta é definida por um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança, no envolvimento e trocas afetivas entre pais e crianças mas também sensibilidade parental no que respeita às necessidades do seu filho, estabelecendo limites e regras através de coerência.

Este relatório de estágio pretende evidenciar a aquisição de competências diferenciadas no cuidado ao cliente pediátrico e na promoção da parentalidade positiva em pais de crianças nascidas prematuras. Estas competências, decorrentes da experiência adquirida, do percurso escolhido e palmilhado nos diferentes contextos de estágio, são evidenciadas mediante uma descrição e reflexão crítica das atividades realizadas.

Palavras – chave: Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e Jovem, Cuidados Centrados na Família, Parentalidade positiva, Prematuridade

ABSTRACT

The Nurse Health Nursing Specialist Child and Youth has a set of skills, knowledge and ability to mobilize in their care, which is planned according to their needs assessment of pediatric client.

Parenthood is described as one of the most important transitions in people's lives and is also a prominent theme in modern society, for the impact on the future of it. This transition to parenthood can be added difficulties if the birth is premature, both the emotional component associated with the unexpected birth, but also by the perception of weakness and child's life at risk. Allied to this vision, comes a concentration of expectations and capabilities that may lead parents to overprotect children, limiting them in their exploration and experimentation activities, which can inevitably damage it.

Thus, the responsibility of nurses is to empower parents to take care of the premature baby and watch them in a healthy transition for the exercise of positive parenting. This is defined by a parental behavior based on the best interests of the child, involvement and emotional exchanges between parents and children but also parental sensitivity with regard to your child's needs, establishing limits and rules through consistency.

This internship report aims to highlight the acquisition of different skills in the care of pediatric client and promoting positive parenting for parents of children born prematurely. These skills, resulting from experience purchase, the chosen route and trodden in the different stage settings, are evidenced by a description and critical analysis of the activities performed.

Key – words: Nurse Specialist in Child and Young Centered Care in the Family, positive parenting, prematurity

Índice

Introdução	8
1. Enquadramento conceptual	11
1.1. <i>Cuidar em Pediatria – papel do Enfermeiro Especialista</i>	11
1.2. <i>Transição para a parentalidade</i>	13
1.3. <i>Promoção da Parentalidade Positiva como competência do Enfermeiro Especialista</i>	15
2. O percurso formativo	19
2.1. <i>Serviço de Urgência Pediátrica</i>	20
2.2. <i>Serviço de Internamento de Pediatria</i>	26
2.3. <i>Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos</i> ..	32
2.4. <i>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados</i>	39
3. Considerações éticas	48
4. Reflexões finais	49
Referências bibliográficas	51
Apêndices	LVI
Apêndice 1: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	LVII
Apêndice 2: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem	LXXVIII
Apêndice 3: Objetivos gerais e específicos transversais aos Estágios LXXXIX	
Apêndice 4: Plano de Atividades	XCII
Apêndice 5: Reflexão crítica de estágio – Serviço de Internamento de Pediatria	CV
Apêndice 6: Estratégias não farmacológicas para alívio da dor	CXVII
Apêndice 7: Guia Orientador para uma Parentalidade Positiva	CXIX

INTRODUÇÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem emprega na sua prestação de cuidados um modelo no qual o cliente pediátrico, consistindo como a criança/jovem e família, é o alvo dos seus cuidados. Com o objetivo de “promover o mais elevado estado de saúde possível”, este profissional presta cuidados à criança e “proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (OE, 2011 c., p. 8653).

A parentalidade é uma das temáticas de maior relevo na sociedade atual, sendo a transição para a parentalidade descrita como uma das mais importantes na vida das pessoas. De facto, com o nascimento de uma criança inicia-se uma nova fase no ciclo de vida familiar, modificando a identidade, os papéis e as funções dos pais e restantes familiares. E, se o nascimento for prematuro, a transição para a parentalidade pode ser acrescida de dificuldades, tanto pela componente emocional associada ao nascimento inesperado, mas também pela perceção de fragilidade e de risco de vida da criança.

Apesar do número de nascimentos prematuros estar a aumentar, paradoxalmente a taxa de natalidade tem vindo a decrescer ao longo dos anos. Logo existem cada vez menos nascimentos e uma maior incidência de filhos únicos, nos quais são concentradas largas expectativas e recursos. Tal, dependendo do desempenho parental, pode levar ao desenvolvimento de uma componente onipotente da personalidade. No recém-nascido prematuro (RNPT), esta concentração de expectativas e de recursos, aliada à visão de fragilidade e à componente emocional associada ao nascimento antecipado, leva a que muitos pais superprotejam as crianças, limitando-as nas suas atividades de exploração e experimentação, o que pode comprometer o seu desenvolvimento.

Os cuidados de enfermagem, no que respeita à parentalidade, transição para esta e desenvolvimento da criança, assumem a responsabilidade decorrente do mandato social da profissão, pois enquanto tal, a Enfermagem, tem o objetivo primordial de cuidar, o que, significa estar com o outro nas mudanças da vida, como o nascimento de um filho (Meleis, 2010). Importa então, capacitar e empoderar os pais para cuidar da criança prematura e para uma transição saudável para o exercício de uma paren-

talidade que se ambiciona positiva. Esta consiste num comportamento parental, baseado no melhor interesse da criança e comporta um envolvimento parental com a criança e trocas afetivas mas também sensibilidade parental no que respeita às necessidades do seu filho, estabelecendo limites e regras através de coerência.

Assim, reconhecer as competências parentais naturais para cuidar das crianças e facilitar a aquisição ou ajustamento de novas habilidades e competências dos pais, face à situação específica da criança e promovendo a sua saúde é uma competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011 c.). Tal como também é a promoção do desenvolvimento infantil e a promoção de saúde, não só da criança mas também da família, conduzindo a uma prestação de cuidados centrada na família.

Integrado no 5.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi elaborado o presente relatório de estágio. Alicerçado numa reflexão crítica, este relatório tem como objetivo evidenciar a aquisição de competências diferenciadas no cuidado ao cliente pediátrico e na promoção da parentalidade positiva em pais de crianças nascidas prematuras.

A escolha dos contextos de estágio foi criteriosa e sustentada na sua reconhecida referência na prestação de cuidados ao cliente pediátrico¹, bem como pela crença de que seriam contextos passíveis de proporcionar aprendizagens potenciadoras do desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista de Saúde da Criança e Jovem. Desta forma, o estágio decorreu nos serviços de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos de um Hospital da região de Lisboa, o qual permite estabelecer alguns paralelismos com o meu contexto de trabalho, mas diferenciando-se pelas especificidades das suas equipas, filosofia institucional e pelas características da população pertencente à sua área de atuação. A escolha pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados foi baseada no facto de ser um dos contextos de cuidados de saúde primários de referência do hospital onde presto cuidados. A fim de manter a prote-

¹ Estas escolhas foram também realizadas de acordo com os referenciais da profissão e diretrizes emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente através da Matriz para Análise dos Planos de Estudo dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, consultada em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaaanalise.aspx> a 5 de janeiro de 2015

ção de dados e respeitar a privacidade dos clientes, os contextos foram identificados apenas pelos seus âmbitos, não sendo nomeados quaisquer nomes.

O percurso dos estágios foi delineado refletindo a minha experiência profissional no âmbito da prestação de cuidados ao cliente pediátrico, objetivada através de um autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem e de aprofundamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Apêndice 1) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem (Apêndice 2).

Esta busca por novas aprendizagens, aquisição e consolidação de competências não foi desenvolvida de forma aleatória, mas foi orientada por objetivos (Apêndice 3), sendo estes mentores de um plano de atividades delineado para cada um dos contextos (Apêndice 4). Apesar de algumas atividades serem descritas mais detalhadamente que outras, devo ressaltar que tal não se deve a uma hierarquização ou maior valorização, mas apenas à intenção de demonstrar o que foi desenvolvido nos contextos de estágio e contribuiu para a aprendizagem e aquisição de competências. Uma dessas atividades consistia na elaboração de reflexões críticas² acerca do que foi realizado em cada contexto de estágio, as quais foram compiladas e estão refletidas neste relatório.

Este relatório foi organizado por capítulos. Após uma breve introdução, é apresentado o enquadramento conceptual no qual se aborda o Cuidar em Pediatria, Transição para a Parentalidade e Parentalidade Positiva. O percurso formativo é descrito no segundo capítulo ao qual se segue um capítulo de Considerações éticas e termina-se com algumas Reflexões finais.

² Apresentando-se um exemplo no Apêndice 5

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Cuidar em Pediatria – papel do Enfermeiro Especialista

O papel da criança na sociedade tem variado ao longo dos séculos de acordo com a época e sociedade em que se encontra inserida. A criança que em séculos passados era vista como *um adulto em miniatura* e inferiorizada, não lhe sendo atribuído afeto (Fontes & Ferreira, 2004), é agora reconhecida como uma pessoa, provida de individualidade, personalidade, direito à salvaguarda da sua proteção e liberdade (Unicef, 2004).

De acordo com a OE (2011 b.), criança é toda a pessoa menor de 18 anos de idade³, dependente dos cuidados da família, que lhe proporciona a satisfação das suas necessidades no sentido de um crescimento e desenvolvimento saudáveis, mas também, na aquisição de capacidades e conhecimentos que edifique a sua crescente independência até à plena autonomia. Como tal, cuidar da criança e jovem implica o respeito pelos seus direitos à liberdade de expressão e de autodeterminação (OE, 2011 b.).

Perante este conceito de criança, o Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem presta cuidados específicos de acordo com as etapas do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem, recorrendo “a um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (OE, 2011 c., p. 8653).

Os Cuidados Centrados na Família⁴ (CCF), aspeto da filosofia da enfermagem pediátrica que preconiza o cuidar da criança e da sua família, reconhece-a como unidade de cuidado (Hockenberry & Wilson, 2014) e tem como objetivo basilar a promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos e família, mantendo e/ou restauran-

³ Podendo de ser alargado até os 21anos, no caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência

⁴ Os CCF assentam em 4 grandes pilares: respeito e dignidade (os conhecimentos, valores e crenças, bem como as perspetivas familiares são incluídas no planeamento e prestação de cuidados, sendo respeitadas as suas opiniões), partilha de informações (a comunicação e partilha de informações é oportuna, clara e concisa proporcionando uma efetiva participação do cliente pediátrico), participação (o cliente pediátrico é incentivado e apoiado, seja na tomada de decisão quanto nos cuidados propriamente ditos, escolhendo o seu nível de participação nesses cuidados) e colaboração (o cliente pediátrico é efetivamente incluído na prestação de cuidados em todo o seu processo de planeamento, execução, avaliação e reestruturação, se necessário) (IFCC, 2010).

do o seu controle e dignidade (Pinto, Ribeiro, Pettengill, & Balieiro, 2011). Este modelo de cuidados norteia o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem numa performance de “prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança”, assim como da família em diferentes contextos de cuidados (OE, 2011 c., p. 8653).

No que se refere à família, a atuação deste enfermeiro foca-se, entre outras áreas, no crescimento e desenvolvimento infantil através da sua avaliação, promoção e pelo fornecimento antecipado de orientações às famílias no sentido de maximizar o potencial do desenvolvimento infantil. É também da responsabilidade do enfermeiro a aquisição de conhecimentos e de habilidades que lhe permitam avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (OE, 2011 c., p. 8653).

O cuidado centrado na família permite a manutenção da prestação de cuidados parentais e de um sentido de inclusão na família, na qual as crianças/jovens são reconhecidas como membros integrantes, facilita a vivência do internamento/situação de doença (Barros, 1999; OE, 2011 a.; Cruz, 2013). O acompanhamento parental durante o internamento foi uma importante conquista obtida ao longo do tempo. Este é um facto que em muito auxilia, tanto pais como filhos, na gestão da angústia, ansiedade e medo da hospitalização. Tal situação constitui-se também como um elemento promotor de uma parentalidade positiva, pois conjugando os conhecimentos que os pais detêm dos seus filhos com as informações obtidas perante a vivência desta nova situação levam a uma prestação de cuidados parentais individualizados, promovendo também o desenvolvimento de um sentimento de confiança mútua entre pais e filhos.

Apesar da expectativa parental em relação aos enfermeiros, no sentido destes prestarem cuidados de forma competente, atenta e carinhosa (Magalhães, 2011), tal não significa que haja uma substituição dos pais nos cuidados que estes podem e querem prestar. Espera-se que além dos cuidados de enfermagem necessários, os enfermeiros sejam pró-ativos no fornecimento de informação pertinente aos pais, contribuindo para a manutenção do seu papel parental, participação e tomada de

decisão nos cuidados, uma vez que a falta de informação é um dos aspetos mais preocupantes e ansiogénicos para os pais (Magalhães, 2011).

A hospitalização não deve ser encarada como lineamente negativa: pode e deve ser também uma situação na qual, o cliente pediátrico na sua total amplitude, adquira estratégias para lidar com diferentes situações de saúde, nomeadamente estratégias de gestão da dor, mas também a desenvolver a sua autoconfiança e sentimento de eficácia face a situações semelhantes, vistas como difíceis ou preocupantes (Barros, 1999; Meleis, 2010). Portanto, é essencial o reconhecimento, por parte dos enfermeiros, deste processo de transição saúde-doença, para poder identificar e implementar as intervenções que efetivamente ajudem os seus clientes na gestão destas situações que se apresentam como desafiantes (Silva, 2011).

Resulta desta reflexão, a certeza de que o internamento pode ser uma oportunidade para promover e educar no sentido da saúde. Realmente, para o cliente pediátrico, a situação de doença pode ser uma motivação acrescida para a aprendizagem e para a adoção de comportamentos promotores de saúde, bem como adoção de comportamentos condutores a uma parentalidade positiva (Pender, Murdaugh, & Pars, 2006). Também o feedback e orientação proporcionada pelos profissionais de saúde, na resposta aos cuidados prestados e dúvidas parentais apresentadas, podem ser encarados como facilitadores desta transição, uma vez que promovem a sua adaptação a novas situações, são construtores de uma identidade de cuidador por parte dos pais e promovem a sua autonomia.

1.2. Transição para a parentalidade

Tornar-se pai/ mãe conduz, não só ao aumento dos elementos da família, mas também a novos papéis e responsabilidades bem como a alterações nas relações entre os membros dessa família. Neste sentido, a transição para tornar-se pai ou mãe pode ser um evento especialmente crítico, pois prolonga-se ao longo do tempo e o seu grau de sucesso tem implicações não só nos próprios pais mas igualmente na saúde e desenvolvimento dos seus filhos.

Segundo Meleis (2010), entende-se por transição a passagem de um estado relativamente estável para outro relativamente estável, sendo desencadeada por even-

tos ou pontos críticos. As transições ocorrem ao longo do tempo, têm um sentido de fluxo e movimento, sendo que, a nível individual ou familiar, as transições denotam mudanças na identidade pessoal, nas relações interpessoais, nos papéis, nas suas habilidades e padrões de comportamentos, patenteando uma constelação única de padrões de respostas num determinado período de tempo (Meleis, 2010).

Para vivenciar uma transição, é necessário que a pessoa consiga incorporar mudanças e novos conhecimentos, alterando comportamentos e redefinindo a sua identidade. Assim, as transições representam um movimento e uma adaptação num sentido único, sem retorno à situação que a antecipou. Existem diversos fatores que conduzem a transições, das quais se salienta a gravidez, o parto, a paternidade, a maternidade e que originam frequentemente profundas mudanças, tanto nos papéis, como nos relacionamentos, nas habilidades e nos comportamentos (Meleis, 2010).

Segundo a mesma autora (2010), a transição para a parentalidade pode ser enquadrada em 2 tipos: desenvolvimentista e situacional. O nascimento de uma criança assume-se um marco que assinala uma fase de transição do ciclo evolutivo parental e familiar, que consiste numa fonte de *stress* expectável e normativo, em que é acrescido um novo membro à família. Tal leva a que haja a necessidade de adaptação aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança, factos que também exigem uma redefinição de papéis e de identidade parental (Canavarro & Pedrosa, 2005). Desta forma, tendo em conta que a preparação, educação e aquisição de habilidades contribuem positivamente para o processo de transição (Magalhães, 2011), é essencial que os enfermeiros reconheçam e compreendam este processo, para poder identificar e implementar as intervenções que efetivamente ajudem os seus clientes a gerir as transições ao longo do seu ciclo de vida (Meleis, 2010; Silva, 2011).

Quando o nascimento é prematuro, o que tem vindo a aumentar (OE, 2011 b.), verifica-se uma componente emocional associada a esta precocidade e ao internamento do RNPT em Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais (UCIIN). Tais factos emergem como eventos críticos na transição para a parentalidade, sendo que estas vivências assumem, cada vez mais, uma especial importância para a Enfermagem (Meleis, 2010). Neste sentido, pretende-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tenha uma atuação

particular na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança mas, também na sua promoção, implementando e gerindo um plano promotor da parentalidade (OE, 2011 c., p. 8653). Logo, os cuidados de enfermagem prestados centram-se, não apenas na criança, mas também nos pais/ família, promovendo a vivência de uma parentalidade positiva.

1.3. Promoção da Parentalidade Positiva como competência do Enfermeiro Especialista

A parentalidade é uma temática amplamente estudada e de grande relevo na sociedade atual pela sua repercussão na sociedade futura. De facto, o exercício da parentalidade, pela sua influência no crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, assume uma especial importância na promoção de saúde e bem-estar da criança em particular, e da sociedade em geral (Gage, Everett, & Bullock, 2006). Assim, compreende-se que a parentalidade seja descrita como a “tarefa mais desafiante e complexa da vida adulta” (Zigler, 1995, cit. Cruz, 2013, p. 14).

Segundo a perspectiva de Bayle (2005, p. 322) “a parentalidade (do latim *parentâle*) é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s)”. Já Cruz (2013, p. 14) define parentalidade como o conjunto de ações realizadas “pelos pais junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento de forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade”. Pela centralidade do papel parental, é aos pais que, socialmente se atribui a responsabilidade pela educação das crianças e que, pela afetividade dominante no relacionamento, se atribui uma posição singular na aquisição de padrões sociais e valores pela criança. Mais ainda, pela convivência espacial e temporal, é atribuída aos pais a capacidade de monitorizar e compreender o comportamento dos seus filhos (Cruz, 2013). Efetivamente, nesta perspectiva, os pais são os maiores responsáveis pela educação das crianças e constituem-se, também, como a “influência mais crucial na aquisição de valores pela criança” (Cruz, 2013, p. 14).

Canavarro & Pedrosa (2005) seguindo a linha de abordagem da Teoria da Vinculação, sublinham a componente relacional entre pais e filhos, centrando a parentali-

dade na edificação de uma relação entre a criança, que procura segurança, e seus pais, que lhe oferecem proteção; a parentalidade é vista “como um encontro” ou como a “aprendizagem de uma dança sincronizada” entre pais e criança (p. 227).

Por outro lado, o Conselho Europeu (CE), através da sua 19ª Recomendação, define parentalidade como o papel desempenhado pelos pais, no sentido de cuidar e educar os seus filhos, centrando-se na dinâmica pais-criança com o propósito do desenvolvimento, crescimento e autorrealização desta última (CE, 2006). Também nesta linha de pensamento, o International Council of Nurses (ICN, 2013, p. 64) define parentalidade como

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

Deste último conceito, surgem 3 vertentes: responsabilidade parental, comportamentos parentais e expectativas de quem rodeia pais e criança/jovem perante comportamentos parentais “adequados ou inadequados”. No que respeita a comportamentos inadequados, destacam-se situações de maus-tratos ou de agressão (CE, 2006; 2007), mas também comportamentos de superproteção, como por exemplo, perante a criança nascida prematuramente que é vista como particularmente frágil (Bernardo, 2012).

Surge, então, a necessidade de apoiar estes pais e promover uma parentalidade positiva. Esta é definida como um comportamento parental tendo por base o melhor interesse da criança, alicerçado no respeito pelos seus direitos e que visa assegurar a satisfação das suas necessidades básicas, evitando eventuais riscos e criando um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, mantendo uma valorização da individualidade e autonomia da criança (CE, 2007). Neste sentido, a parentalidade positiva permite a aquisição e reforço da autoestima, autoconfiança e participação da criança na otimização do seu crescimento (AAP, 2005, cit. in Lopes, 2012).

Pelas definições anteriormente apresentadas, denota-se que a parentalidade tem, na generalidade, uma atitude “positiva e encorajadora”. No entanto, a parentalidade positiva “reforça o uso do amor, do apoio e de um ambiente de respeito no cresci-

mento da criança” (Lopes M. , 2012, p. 38), reforçando uma atitude não violenta, mas também proporcionando reconhecimento e orientação através do estabelecimento de limites a fim de garantir o pleno desenvolvimento da criança (CE, 2006).

A parentalidade positiva já havia sido descrita em 1996 por Birche (Fielden & Gallagher, 2008) como envolvendo um processo de utilização de habilidades construtivas e atitudes para apoiar, incentivar e auxiliar no desenvolvimento e gestão dos comportamentos da criança. Por conseguinte, coadjuva o desenvolvimento de habilidades na tomada de decisão parental e a aquisição de autoconfiança na sua própria parentalidade (Lopes M. , 2012).

Portanto, é conferido aos pais uma “enorme responsabilidade” pela proteção da criança e respeito pela sua dignidade, mas também, pela manutenção de um ambiente familiar seguro e acolhedor no qual existe um empenho mútuo no crescimento da criança, assegurando uma “capacitação com reconhecimento, orientação (...) e com fixação de limites para garantir o seu pleno desenvolvimento” (Lopes M. , 2012, p. 38).

Assentes na Convenção dos Direitos da Criança e subjacente à parentalidade positiva estão recomendações e princípios de titularidade de direitos e deveres dos pais e crianças, em que ambos assumem um potencial natural e pluralista e em que ambos formam uma parceria fundamental para a otimização do potencial de desenvolvimento da criança (CE, 2007; Patrício, 2011). Algumas dessas recomendações para uma parentalidade positiva estão presentes ao longo desta reflexão, nomeadamente o compromisso parental necessário à prestação de cuidados; a necessidade de uma disciplina assertiva e compassiva; a necessidade de pertença à família e a um ambiente saudável, mas também a existência de uma confiança mútua em que os pais se apresentam como exemplos positivos (CE, 2007; Patrício, 2011).

Depreende-se que o exercício de uma parentalidade positiva seja exigente pois demanda um ajustamento e aprendizagem de competências dos pais face aos seus filhos, mas também o reconhecimento de que envolve um complexo conjunto de responsabilidades (Lopes, Catarino, & Dixe, 2010). Neste âmbito, os enfermeiros poderão ter um papel essencial através da promoção de competências parentais (educação para a saúde), promoção do desenvolvimento infantil e/ou deteção pre-

coce de situações potencialmente prejudiciais à criança (DGS, 2013), tal como se verificou nos diferentes contextos de estágio.

O papel do enfermeiro no apoio à parentalidade positiva é exigente e desafiante, a sua intervenção “exige proximidade e acessibilidade do enfermeiro e a utilização de metodologias que permitam um relacionamento positivo e interativo com os pais” (Lopes M. , 2012, p. 40). Logo, é importante que os enfermeiros reconheçam e identifiquem as áreas nas quais os pais necessitam de apoio, nomeadamente no que respeita à compreensão do desenvolvimento da criança, a promoção da aprendizagem parental e o potencial de desenvolvimento da criança (Lopes, Catarino, & Dixe, 2010), até porque, o conhecimento parental sobre desenvolvimento infantil influencia diretamente os seus comportamentos e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança (Ribas Jr, Moura e Bornstein, 2003, cit. in Vilaça, 2012).

2. O PERCURSO FORMATIVO

O percurso de estágio decorreu nos serviços de Internamento de Pediatria (SIP), Urgência Pediátrica (SUP), Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais (UCIIN) e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

A fim de nortear este percurso e, prévio ao mesmo, estabeleci como objetivos gerais “Desenvolver competências específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do jovem” e “Adquirir competências na promoção da parentalidade positiva nos pais de crianças nascidas prematuras”. Para tal, elaborei um plano de atividades, sendo aqui apresentadas as que se constituem como mais relevantes na minha aprendizagem e aquisição de competências, uma vez que tenho experiência de 11 anos na prestação de cuidados de enfermagem a crianças, de diferentes idades.

Para tal, contribuiu e foi preponderante uma procura de conhecimentos constante através de pesquisas bibliográficas, mas também pela observação dos pares e vivência de experiências que me eram desconhecidas.

Nos diferentes contextos de estágio elaborei planos de cuidados desenvolvidos no sentido do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados, sendo estes baseados no reconhecimento do papel essencial das famílias na promoção de saúde e bem-estar das crianças e pela “força da família como constante na vida da criança”, respeitando e valorizando a “diversidade cultural, racial, étnica e socioeconômica da família”, através do planeamento de “um cuidado flexível, culturalmente competente” e responsivo às necessidades familiares (Pinto *et al.*, 2011, p. 134; IPFCC, 2010).

Também o reconhecimento pelas forças, individualidades e diferentes estratégias de coping para responder às diferentes situações e dificuldades na resposta às necessidades da criança e família estiveram presentes nos diferentes contextos. Estes cuidados tomaram visibilidade através da permanência dos pais/ cuidadores, manutenção das rotinas e hábitos de vida da criança, mas também pelo espaço para uma escuta atenta, abertura para expressão de sentimentos e verbalização de preocupações/dúvidas, deixando os próprios pais decidirem acerca das melhores estratégias para gerir, não só a situação de saúde em particular, mas de toda a unidade

familiar. Fica claro que embora seja centrado na família, o cuidado não anula a competência individual de cada pessoa em relação à tomada de decisão de sua própria saúde (Pinto *et. al.*, 2011).

De facto, a aquisição de conhecimentos e habilidades parentais contribuem positivamente para a transição imposta pela situação de doença/ internamento/ hospitalização, tornando os pais mais capazes de superar adversidades (Meleis, 2010; Magalhães, 2011; Lopes M. , 2012). Foi com esta certeza que contribui para a aquisição de conhecimentos parentais, dado possibilitarem uma maior compreensão da criança por parte dos pais, sobretudo acerca das diferentes fases de desenvolvimento, como cuidar e disciplinar da forma mais adequada e a proporcionar um ambiente seguro, estimulante e responsivo ao melhor interesse da criança (Lopes M. , 2012).

2.1. Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) apresentou-me uma realidade apenas imaginada, essencialmente no que respeita à chegada do cliente pediátrico ao hospital. De facto, conhecer o percurso da criança neste serviço, qual a abordagem a ter e como funciona o sistema de triagem eram os objetivos deste estágio, sendo plenamente concretizados.

O SUP tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados ao cliente pediátrico em resposta a situações de doença aguda/crónica, adequando-os ao grau de urgência/ emergência. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) fornece pistas e orientações para os cuidados, atribuindo graus de prioridades no atendimento, e portanto é orientador no reconhecimento de situações cuja intervenção deve ser patenteada pela detenção de conhecimentos e habilidades capazes de responder a situações de urgência ou emergência.

Para mim, o STM era desconhecido e impôs-me o desafio de encontrar as questões certas de encontro ao que traz o cliente até ao SUP. Apesar da minha experiência profissional, a permanência neste contexto de estágio acentuou a necessidade de desenvolver uma maior perspicácia no reconhecimento de situações de saúde urgentes, mas também a necessidade de formação específica para realizar uma eficiente triagem de enfermagem.

Muitos dos descritores utilizados no STM têm uma definição própria, já interiorizada por quem o utiliza regularmente. Contudo, dada uma maior prevalência de determinadas situações de cuidados, pude interiorizar alguns desses quadros⁵ e colaborar na realização de triagem a várias crianças. No entanto, mantenho a certeza de que muito caminho seria necessário até obter uma plena perícia nestes cuidados. Recorrendo a Benner (2001), diria não ser uma iniciante ou iniciante avançada no processo de triagem, mas já competente. Tal justifica-se pela minha experiência profissional, pela observação do que os outros fazem, da interiorização e compreensão dos diferentes descritores/ quadros que compõem o STM.

Um dos motivos que, com alguma frequência leva à recorrência ao SUP da criança e jovem e influencia a atribuição de prioridade é a dor. Esta define-se por um “aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento (...)” (ICN, 2013, p. 49) ou, numa perspetiva semelhante, a OE define-a como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”, sendo uma experiência individual, subjetiva e multidimensional (OE, 2008, p. 11). Esta subjetividade e individualidade são influenciadas por diversos fatores, nomeadamente “fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais” (OE, 2008, p. 11).

De facto, seja como doença ou sintoma, a dor é um dos principais motivos de preocupação dos clientes pediátricos. A sua avaliação é essencial para o seu controlo, sendo que ambos se revelam como específicos do cuidado de enfermagem, no qual é mobilizado o conhecimento sobre a situação do cliente, das suas particularidades mas também das atitudes terapêuticas possíveis, contribuindo para a satisfação do cliente, do seu bem-estar e autocuidado (OE, 2008). Portanto, é essencial que o cliente pediátrico seja ensinado acerca da dor, da sua avaliação e das medidas de controlo. Neste sentido, pode verificar-se a necessidade de ensinar, instruir e treinar o cliente pediátrico no uso de escalas de autoavaliação da dor ou, na sua impossibilidade, recorrer a escalas de heteroavaliação.

⁵ Nomeadamente: “Dispneia na criança”, “Bebé que chora”; “Dor”; “Problemas nos membros”, “Diarreia e/ou vômitos”

Neste SUP, e em situação de triagem, pela necessidade de uma rápida apreciação, a avaliação da intensidade da dor é realizada recorrendo às escalas numérica, faces e quantitativa. Esta situação levou-me a rever as diferentes escalas por forma a poder quantificar, de forma mais precisa, a dor da criança/ jovem, como efetivamente aconteceu sempre que foi utilizada uma escala de heteroavaliação. Já em contexto dos cuidados prestados na Unidade de Internamento de Curta Duração⁶ e conforme instituído, pude recorrer a estas e outras escalas, nomeadamente, Escala Nips (*Neonatal Infant Pain Scale*) e Escala Flacc (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*).

Contudo, penso ser importante referir que sempre que uma escala de heteroavaliação foi utilizada, a conclusão a que cheguei foi validada recorrendo à criança/jovem, mas também aos seus pais, uma vez que pela convivência espacial e temporal é-lhes atribuída, a capacidade de monitorizar e compreender o comportamento das crianças/ jovens (Cruz, 2013).

Perante a quantificação da dor, são várias as intervenções autónomas do enfermeiro, nomeadamente em relação a estratégias não farmacológicas (Apêndice 6) (OE, 2013). Esta avaliação e atuação no que se refere à dor foram uma constante na minha prestação de cuidados neste contexto específico, nomeadamente recorrendo a distração, a brincadeiras, a massagem, aplicação de frio/ calor e gestão de ruído e luminosidade.

Além das medidas farmacológicas e não farmacológicas já conhecidas, pude colaborar na utilização de uma mistura a 50% de protóxido de azoto medicinal gasoso e oxigénio. Este gás, com efeito analgésico, ansiolítico e amnésico, é administrado previamente a intervenções breves e que se prevê ligeira ou moderadamente dolorosas. Os benefícios da utilização deste gás são vários: a analgesia pronunciada, a fácil administração, o início de atuação rápido e a completa recuperação ao fim de alguns minutos, bem como a baixa frequência efeitos secundários. Tais factos

⁶ Esta unidade, parte integrante deste SUP, presta cuidados a clientes pediátricos por um período inferior a 24h, após o que, dependendo das suas condições de saúde, podem regressar a casa ou serem transferidos para outras unidades de internamento

levam a uma adenda ideal na gestão dos processos dolorosos, nomeadamente em pediatria (Nunes, 2011; Rodrigues, 2011).

As características desta mistura gasosa simultaneamente a medidas não farmacológicas de alívio da dor potenciam os benefícios do seu uso (Nunes, 2011; Rodrigues, 2011). Desta forma, coloquei-as conjuntamente em prática e de forma intencional. Uma das estratégias que mais utilizei foi a brincadeira. Esta, considerada como parte integral da vida da criança, assume-se como extremamente importante no que respeita à exteriorização de sentimentos e controlo do *stress* (Tavares, 2008). De facto, para muitos clientes pediátricos, o SUP representa o desconhecido. Assim, é importante que sejam tomadas medidas minimizadoras do *stress* associadas à presença num local estranho, à presença de pessoas desconhecidas e a procedimentos, que apesar de não invasivos, são geradores de ansiedade e medos.

Não recorri à brincadeira de forma automática e indiscriminada, mas dirigida à criança, procurando ir ao seu encontro, tendo em mente a sua idade e estadió de desenvolvimento, ajustando as intervenções sempre que necessário. Também, utilizei jogos e livros como estratégias facilitadoras de expressão de sentimentos, medos e experiências por parte da criança, possibilitando a assunção do controlo da situação que a assustava (OE, 2013).

Mas mais que a brincadeira, e de acordo com o preconizado pelo SUP, pude possibilitar a permanência dos pais, bem como a prestação de cuidados e conforto proporcionados por estes. De facto, neste contexto, pude estabelecer uma relação com os pais/ cuidadores, a qual permitiu-me conhecer a criança e a sua família, nomeadamente através da realização de avaliação inicial. Desta forma, pude contribuir para uma prestação de cuidados adaptada, dentro do possível, aos hábitos da criança, facilitando um sentimento de tranquilidade e unicidade. Também pautei a prestação de cuidados pelo respeito na tomada de decisão dos pais, informando-os e esclarecendo as suas dúvidas, de forma clara e concisa, da real situação de saúde dos seus filhos, mesmo em situações de urgência/ emergência.

A este respeito, tive a oportunidade de observar e colaborar com a equipa multidisciplinar em atuação perante uma criança em situação de risco de vida. Neste sen-

tido, considero importante o reconhecimento da criança gravemente doente, mas mais do que esse reconhecimento, a identificação da necessidade de intervenção diferenciada. Assim, apesar de saber como atuar, não posso deixar de referir a consciência de manter uma constante atualização de conhecimentos, mas também de treino em situações semelhantes.

Do ponto de vista técnico, a reanimação cardiorrespiratória é um procedimento complexo que requer conhecimentos especializados e habilidades emocionais, sendo necessário para uma execução de qualidade, segundo o European Resuscitation Council (ERC), conhecer o procedimento de reanimação neonatal/ pediátrica (nomeadamente o algoritmo que rege tais atividades), treinar frequentemente esse procedimento e confiança ao realizá-lo (Biarent, et al., 2010). Foi confiante que colaborei na prestação de cuidados, tanto técnicos (punção venosa, colheita de sangue para análises, administração de terapêutica) mas também relacionais, nomeadamente pelo esclarecimento, com os pais, acerca da situação que os levou a procurar o SUP e, posteriormente através de uma escuta atenta das suas dúvidas, angústias e medos, procurando escutá-los e esclarecê-los.

No que me diz respeito, considero que a formação e atualização em relação ao procedimento de reanimação neonatal/ pediátrica devem centrar-se na prática da técnica, na tomada de decisão e aquisição de competências para resolver problemas em situações de emergência, abrangendo a componente manual e a comunicação com os pais. Nestas situações, é essencial enfatizar a urgência da situação e da necessidade de ações coordenadas pelos membros da equipa na tomada de decisões e de aptidões em dividir a atenção entre os pais e seus filhos (Biarent, et al., 2010; Kleinman, et al., 2010). De facto, segundo ERC Guidelines (Biarent, et al., 2010), a maioria dos pais gostaria de estar presente durante a reanimação cardiorrespiratória ou durante qualquer outro procedimento em contexto de urgência/ emergência. Esta presença permite-lhes testemunhar tudo o que é realizado na tentativa de salvar a vida do seu filho (Biarent, et al., 2010) e proporciona-lhes também a possibilidade de encararem de forma mais realista todos os esforços realizados no sentido da sobrevivência do seu filho. Mas, mais ainda, apesar da sobrevivência da criança ser a maior preocupação, a presença dos pais/cuidadores permite-lhes ter um papel ativo na equipa durante a reanimação (Ferreira, 2011).

A equipa deste SUP possibilita aos pais a escolha pela sua permanência/ ausência, junto da criança, em situação de reanimação cardiorrespiratória. Este convite foi um aspeto que despertou a minha atenção, não por serem desconhecidas as vantagens da presença dos pais, mas por nunca ter experienciado tal situação.

Esta ilustra o reconhecimento dos pais como constantes na vida da criança, mas também o respeito pelo conhecimento do qual os pais são detentores, facto que em muito auxiliou na elaboração de um diagnóstico clínico e na determinação do plano terapêutico. Nesta interação enfermeiro – cliente, e de acordo com Meleis (2010), verificou-se uma intencionalidade condutora da ação com a finalidade de restaurar ou facilitar a saúde, pois a enfermagem ambiciona assistir os seus clientes auxiliando nas transições “dirigidas para a saúde e a perceção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento” (Magalhães, 2011, p. 13).

Ainda neste contexto de transição saúde-doença, pude deter a minha atenção nas doenças mais frequentes na idade pediátrica, no âmbito das quais pude colaborar em atitudes diagnósticas (monitorização de sinais vitais, avaliação analítica) mas também na identificação das necessidades de conhecimentos e habilidades dos pais para a prestação de cuidados parental no regresso a casa. Estas ações concretizam-se, por exemplo, na utilização de linguagem clara e precisa durante a realização de ensino, instrução e treino acerca de limpeza das vias aéreas superiores (pela instilação de soro fisiológico nasal), gestão de dieta (quantidades e alimentos a serem oferecidos) ou prevenção de acidentes.

Desta forma, observou-se durante este estágio, o estabelecimento de uma parceria enfermeira – cliente pediátrico, a qual investiu na implementação e gestão de um plano de cuidados promotor da parentalidade, recorrendo a uma comunicação adaptada aos clientes com que me deparei. Observou-se também a aquisição de competências relativamente ao diagnóstico precoce e intervenção nas doenças mais comuns da infância, bem como em situações de risco e instabilidade hemodinâmica que possam representar uma ameaça à vida ou qualidade de vida da criança/ jovem (OE, 2011 c.).

2.2. Serviço de Internamento de Pediatria

O estágio no Serviço de Internamento de Pediatria (SIP), apesar de curto em duração, e ser realizado num serviço em muito semelhante ao meu contexto de trabalho, foi enriquecedor pela partilha de experiências, mas também pela possibilidade de prestação de cuidados ao cliente pediátrico em situação de dor crónica e pré e pós-operatório. Desta forma, foram estabelecidos como objetivos: “Aprofundar competências nos cuidados de enfermagem no âmbito da dor crónica” e “Prestar cuidados de enfermagem no contexto de cirurgia pediátrica geral”.

Não obstante, a prestação de cuidados ao cliente pediátrico em situações de doença aguda foi também uma realidade, implicando um planeamento e execução dos cuidados após o diagnóstico das necessidades apresentadas. A negociação e colaboração com o cliente pediátrico conduziram-me a uma prestação de cuidados personalizada e dirigida às necessidades apresentadas, tanto pelas crianças e jovens como pelos seus pais.

Apesar de consciente da minha competência a nível da “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/ jovem, otimizando as respostas” (OE, 2011 c., p. 8655), considero que a dor e sua gestão constituem-se como um dever e um indicador de boa prática, assumindo uma contínua relevância na prestação de cuidados de enfermagem a todos os clientes e, no caso das crianças, “a dor (...) apresenta algumas características específicas que devem ser levadas em conta, em termos da sua compreensão, avaliação e tratamento” (OE, 2013, p. 17).

Neste contexto de estágio, a avaliação da dor foi uma constante, não apenas pelo seu reconhecimento como 5º Sinal Vital, mas pelo facto de prestar cuidados a crianças/ jovens em situação de dor crónica (crises vaso-oclusivas). Este tipo de dor, pelo facto de ser persistente e impactante na qualidade de vida, potenciando sequelas psicológicas, isolamento e envolvimento da família/ cuidadores, deve ser encarado como uma doença e não apenas como um sintoma. Assim, a identificação da dor é essencial para decidir acerca das medidas a utilizar no seu controlo (OE, 2008), mas também para a elaboração de um plano terapêutico capaz de ser reajustado de acordo com as reavaliações realizadas, sendo condição essencial envolver o cliente,

uma vez que este é o melhor conhecedor da sua dor e das respostas obtidas perante os cuidados prestados (DGS, 2013). Neste sentido, além de observar os pares, pude colocar em prática um plano de cuidados no qual a gestão da dor foi realizada por recurso à avaliação da sua intensidade e a estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

A avaliação da intensidade da dor, tal como no contexto anterior, foi realizada recorrendo a escalas de auto e heteroavaliação, sendo acrescentada a Escala Ops (*Objective Pain Scale*). Contudo, esta última não é utilizada e foi substituída pela escala Flacc, existindo 2 motivos para tal. Na escala OPS, um dos itens a avaliar é a tensão arterial, cuidado este que nem sempre é pertinente e confortável na presença de dor e, por outro lado, a Escala Flacc é de aplicabilidade semelhante, não colocando qualquer constrangimento na sua aplicação.

As intervenções não farmacológicas possíveis são inúmeras e um importante recurso, especialmente quando usadas várias em simultâneo, dado modificarem o significado da dor (Nascimento, 2010; OE, 2008; OE, 2013). Neste sentido, as minhas escolhas por estas intervenções tiveram em conta a sensibilidade da criança à dor, bem como, as suas preferências e habilidades, o desenvolvimento cognitivo, as estratégias de *coping* e características da dor (localização, intensidade e duração) (OE, 2013). Neste local de estágio específico, além da gestão de ruído, de luminosidade e a utilização de movimentos suaves, também a aplicação de calor, o recurso à distração e/ou brincadeira foram utilizadas, com a ressalva de que estas medidas foram geridas de acordo com a tolerância da criança às mesmas.

No entanto, em contexto de dor crónica, a administração de terapêutica analgésica assume uma relação de complementaridade com as estratégias não farmacológicas de alívio da dor, em que ambas não podem ser substituídas ou negligenciadas. A seleção da terapêutica analgésica parte da conjugação da intensidade da dor, da sua natureza (por exemplo: doenças inflamatórias terão melhor resposta à administração de anti-inflamatórios) e dos riscos decorrentes dessa terapêutica. Neste sentido, o que observei e coloquei em prática, foi um esquema terapêutico prescrito com base na Escada Analgésica proposta pela Organização Mundial de Saúde, assente em 3 degraus consoante a intensidade da dor: leve, moderada ou intensa (Neto,

2010). Este conhecimento auxiliou-me na minha tomada de decisão, articulando a intensidade da dor, com as diferentes terapêuticas prescritas e as estratégias não farmacológicas adotadas, reavaliando sempre a eficácia dos cuidados prestados.

No entanto, considero que uma das medidas instituídas mais importantes para as crianças/jovens foi a presença dos seus pais/cuidadores. De acordo com o instituído neste SIP, a criança pode estar continuamente acompanhada por, pelo menos, um dos seus pais. Esta presença assumiu uma particular importância nos planos de cuidados que estabeleci, pois os pais constituem-se como um elemento essencial nos cuidados à criança/jovem e, conseqüentemente, no processo de gestão da dor dos mesmos. Os pais/ cuidadores, pelo seu extenso conhecimento da criança/ jovem e conjuntamente com a descrição desta, auxiliaram-me a clarificar a dor e proporcionaram-me uma orientação acerca das melhores estratégias a utilizar. De facto, os planos de cuidados que estabeleci foram sempre validados com a criança e com os pais, reconsiderando sempre que necessário. Contudo, não encarei a presença dos pais como obrigatória, mas devidamente esclarecida, negociada e aceite pelos mesmos, o que ilustra os fundamentos da filosofia dos CCF.

A “maioria dos pais prefere estar presente durante os procedimentos dolorosos e para a criança esta presença também é desejada, tornando-se menos ansiosa e mais segura” (OE, 2013, p. 18). Contudo, o que pude verificar é que nem sempre a presença dos pais é linearmente benéfica, pois a sua própria ansiedade, perante determinados procedimentos, causou algumas dificuldades, deixando criança ainda mais agitada. Assim, a preparação do cliente pediátrico para a realização de procedimentos dolorosos na criança, foi essencial para a sua tranquilidade e colaboração nos cuidados a serem prestados, nomeadamente pela transmissão de informação clara e concisa e pela negociação do momento a ser realizado (OE, 2008; Nascimento, 2010; OE, 2013). Além do referido, tive também em consideração o espaço para tomada de decisão informada por parte dos pais no que se refere à sua participação/ presença em diferentes cuidados ou procedimentos dolorosos.

Neste SIP pude também prestar cuidados ao cliente pediátrico em contexto de cirurgia, no qual a transmissão de informação é de extrema importância. De facto, a preparação do cliente pediátrico para a cirurgia é essencial, pois apesar de ter a

“finalidade de promover a cura ou melhorar a qualidade de vida”, remete o cliente pediátrico para um sentimento de medo e perda de controlo (OE, 2011 a., p. 15). Por ser desconhecida para a maioria dos clientes pediátricos, a cirurgia gera inúmeras dúvidas e incertezas, nomeadamente na mente infantil que facilmente deixa a sua imaginação libertar-se, arriscando uma distorção da realidade e, conseqüentemente, agravando o medo sentido (OE, 2013). Estes medos surgem de forma e em circunstâncias diferentes, consoante a idade e estadio de desenvolvimento, salientando-se o medo pela separação dos pais ou presença de estranhos.

Neste sentido e, tendo conta que a preparação do cliente pediátrico para a cirurgia é uma intervenção autónoma dos enfermeiros, apesar de necessariamente inserida numa prestação de cuidados multidisciplinar (OE, 2001; OE, 2011 a.), torna-se essencial colocar em prática estratégias de minimização da ansiedade e medo da hospitalização/cirurgia, tendo por base a especificidade do cliente pediátrico, nomeadamente a idade e desenvolvimento cognitivo, experiências anteriores ou tipo de cirurgia (OE, 2011 a.). Assim, tive necessidade de adequar o vocabulário utilizado nos diálogos com as crianças, de proporcionar-lhes tempo e espaço para poder observar e, até manusear alguns materiais potencialmente mais assustadores (OE, 2011 a.). Contudo, a estratégia minimizadora de *stress* e ansiedade mais utilizada neste contexto de estágio foi a presença dos pais, até porque a separação destes é um dos medos mais transversal na idade pediátrica⁷.

A preparação parental para a cirurgia que coloquei em prática baseou-se no fornecimento de informação clara e concisa, bem como no ensino, instrução e treino de estratégias gestoras do medo e ansiedade parental e que podem ser também ensinadas às crianças/ jovens. Desta forma, os pais estarão aptos para colaborar efetivamente na preparação das suas crianças (OE, 2011 a.). Efetivamente, uma preparação dirigida às necessidades específicas de cada família, pode contribuir para uma vivência mais tranquila desta situação de crise, integrando as mudanças impostas

⁷ Os recém-nascidos e lactentes (até aos 6 meses) por ainda não terem estabelecido uma relação de vinculação assaz marcada e seletiva, têm uma facilidade relativamente maior na vivência de uma separação dos seus pais/ cuidadores, enquanto crianças mais velhas, pelo desenvolvimento de capacidades cognitivas, têm uma maior dificuldade em vivenciar esta separação (Barros, 1999; Hockenberry & Wilson, 2014)

pela situação inesperada e potenciando o crescimento e o desenvolvimento cognitivo e emocional do cliente pediátrico (Meleis, 2010; OE, 2011 a.).

Portanto, é importante referir a necessidade de uma efetiva comunicação com o cliente pediátrico, recorrendo a diferentes estratégias, tal como aconteceu neste contexto de estágio. No que se refere à comunicação com os pais, foi essencial a clareza no discurso e disponibilidade para responder às suas questões e dúvidas. Considero que a informação transmitida antecipadamente, bem como a valorização do que foi dito pelos pais, levou ao estabelecimento de relações de empatia que mediaram também a comunicação estabelecida com as crianças/ jovens. O facto de dominar os instrumentos de avaliação da dor, as informações relativas às intervenções cirúrgicas e a capacidade de reformulação da informação transmitida, por forma a ser facilmente entendida e interpretada pelo cliente pediátrico, foram também facilitadores do estabelecimento de uma comunicação eficaz, que se repercutiu na compreensão e uso das diferentes escalas de autoavaliação da dor utilizadas bem como nos cuidados pré e pós-cirúrgicos.

Em relação a estes cuidados e, tendo em conta que a maioria das cirurgias foram em contexto de otorrinolaringologia, as orientações de cuidados em ambulatório assumiram um papel preponderante. Em algumas circunstâncias, informações e ensinamentos anteriormente transmitidos necessitaram de validação e reformulação para uma melhor compreensão, mas na totalidade dos clientes cuidados, houve necessidade de ensino e instrução de cuidados importantes na recuperação da criança/ jovem. Tal justifica-se pela consciência de que uma preparação e conhecimentos prévios, sobre o que esperar e as estratégias a utilizar na gestão de situações desconhecidas, facilitam estas a vivência destas experiências e, portanto, contribuem para uma transição saudável (Meleis, 2010).

Alguns destes cuidados relacionam-se com o repouso, monitorização de temperatura corporal ou vigilância de perdas hemorrágicas, mas também na gestão da dieta. Em contexto dos diferentes estágios e perante algumas crianças que contestam determinados cuidados impostos pela situação de saúde/ recuperação de doença e alguns pais que questionavam a sua manutenção, precisei reforçar a necessidade desses mesmos cuidados (tendo em conta as implicações de não os manter). Para

tal, recorri a uma atitude firme e assertiva, mantendo contudo, o carinho e afeto que me é próprio. Também neste âmbito, pude incentivar os pais a uma atitude igualmente firme e de assertividade, e a uma componente disciplinar coerente, compassiva e compreensiva face aos cuidados parentais planeados e considerados necessários, potenciando uma parentalidade positiva.

Em suma, deste contexto de estágio, retira-se a certeza de que a experiência de hospitalização/ internamento é geradora de *stress* e ansiedade para o cliente pediátrico, pois confronta-o com a preocupação pelo estado de saúde da criança/ jovem, mas também com o desconhecido que é o contexto hospitalar (Barros, 1999; OE, 2011 a.; Hockenberry & Wilson, 2014).

Pelo facto dos enfermeiros estarem muito próximos dos seus clientes, têm o dever de os acolher de forma calorosa e minimizadora da ansiedade associada ao internamento. Portanto, a experiência de internamento pode ser também uma oportunidade para o estabelecimento de relações positivas entre o cliente pediátrico e os enfermeiros (Barros, 1999; Lopes M. , 2012; Hockenberry & Wilson, 2014). Para tal, é essencial o desenvolvimento de capacidades de comunicação por parte dos enfermeiros e, esta foi também uma das competências validadas e aprimoradas durante o estágio. Ocorreu também uma prestação de “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, através de uma comunicação “com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”, respeitando as diferentes faixas etárias, desde o recém-nascido até ao adolescente (OE, 2011 c., p. 8655).

A “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem”, através de uma otimização de respostas, pautou grandemente a minha prestação de cuidados, mobilizando conhecimentos no que respeita a estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor (OE, 2011 c., p. 8655). Este estágio contribuiu, ainda, para a consolidação de competências no que se refere à assistência ao cliente pediátrico “no sentido da maximização da sua saúde” através da implementação e gestão de um plano em parceria, promotor da parentalidade, após um diagnóstico precoce e intervenção atempada, não só nas doenças mais comuns, mas igualmen-

te nas situações que possam afetar a qualidade de vida da criança (OE, 2011 c., p. 8654).

2.3. Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos

Este contexto de estágio foi planeado com a certeza de serem muitas as aprendizagens e aquisição de competências, no que respeita aos cuidados de enfermagem à criança/jovem “nas situações de especial complexidade” (OE, 2011 c., p. 8654). Tendo em conta o meu percurso profissional, a vontade de adquirir novos conhecimentos e o âmbito da temática escolhida, estabeleci como objetivos “Aprofundar conhecimentos sobre prematuridade e recém-nascidos prematuros”, “Adquirir competências no âmbito dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro em contexto de cuidados intensivos e intermédios”. Assim, pela sua especificidade e exigência de conhecimentos, bem como pelo ambiente único e particularidades nos cuidados de enfermagem, este contexto de estágio foi singularmente exigente para mim.

O recém-nascido (RN) pode ser classificado segundo a sua idade gestacional (IG) e o peso⁸, sendo os RNPT considerados crianças de alto risco⁹, o que exige um cuidado diferenciado, e portanto, uma avaliação e intervenção atempada por parte do enfermeiro (Hockenberry & Wilson, 2014).

Por definição, RNPT é todo o indivíduo que nasce antes das 37 semanas de IG, sendo a etiologia da prematuridade complexa e multifactorial (Tamez, 2013). A IG irá ditar maiores ou menores consequências da prematuridade, sendo tanto mais graves quanto menor a IG, mas também, maior é a batalha que o RN irá travar no sentido da sua sobrevivência (Hockenberry & Wilson, 2014).

De facto, a imaturidade dos RNPT, como consequência da prematuridade, pode levar a um risco acrescido de inúmeros problemas a diferentes níveis fisiológicos

⁸ No que se refere à IG, considera-se prematuro se IG < 37 semanas, de termo se IG entre 37 e 41 semanas + 6 dias e pós-termo se IG > 42 semanas completas ou mais. Em relação ao peso, a classificação divide-se entre baixo peso (peso ao nascer ≤ 2500g), muito baixo peso (peso ao nascer ≤ 1500g), extremo baixo peso (peso ao nascer ≤ 1000g) ou macrossómico (peso ao nascer ≥ 4000g). Podem ainda ser definidos pela relação peso/IG: leves para IG, adequados para IG ou grandes para a IG (Hockenberry & Wilson, 2014).

⁹ Recém-nascido de alto risco é todo aquele RN que apresente uma maior mortalidade e morbilidade que a média dos RN, independentemente da sua IG ou peso, quer pelas alterações associadas ao nascimento, quer pela adaptação à vida extrauterina (Hockenberry & Wilson, 2014).

(respiratório, neurológico, termorregulador, digestivo, endócrino, ...) que, certamente podem vir a provocar alterações no seu desenvolvimento. Além destes factos e, uma vez que o sistema nervoso destas crianças é imaturo, unidades de cuidados intensivos demasiado estimulantes para as capacidades de integração do meio que rodeia o RNPT podem também influenciar o seu desenvolvimento (Tamez, 2013).

Assim, é imperativa a prestação de cuidados individualizados que propiciem o maior equilíbrio hemodinâmico possível. Estes cuidados objetivam-se pela intervenção multidisciplinar, na qual a enfermagem assume um papel preponderante, sendo concretizado, por exemplo, através da manutenção de uma temperatura corporal estável, um aporte hidroelectrolítico e nutricional adequados, bem como um suporte respiratório (por exemplo, através dos cuidados inerentes à ventilação mecânica) e suporte cardiovascular que mantenham uma perfusão tecidual adequada (Obladen, et al., 2008; Tamez, 2013).

Tendo em conta a vontade de aprender e de adquirir competências, incidi uma especial atenção nos cuidados de enfermagem ao RN sujeito a ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva), uma vez que não estão presentes no meu contexto de trabalho. Assim, a pesquisa bibliográfica associada à prática de cuidados, bem como a partilha de saberes de quem é perito nestes cuidados, permitiu-me adquirir conhecimentos sustentados neste âmbito.

De facto, muitos dos cuidados de enfermagem prestados durante o estágio, tiveram como alvo o RN prematuro, em situação de cuidados intensivos. Após o nascimento, pela sua imaturidade e necessidade imediata de cuidados, o RNPT é sujeito a inúmeros estímulos hostis, desde procedimentos técnicos, a ruídos e luzes intensas que muito contribuem para a sua instabilidade hemodinâmica (Tamez, 2013). O que observei e coloquei em prática foi uma prestação de cuidados individualizada, respeitando os ciclos de sono e repouso da criança, privilegiando uma manipulação mínima e a promoção do conforto, por exemplo, através da gestão de procedimentos invasivos (sempre que possível), de luminosidade e de ruído.

A otimização do posicionamento, não apenas para conforto e estendida a todos os RNPT, foi intencionalmente efetivada no sentido da proteção da pele, mas tam-

bém da promoção de um desenvolvimento neuromotor, da estabilidade hemodinâmica e de segurança. Realmente, um posicionamento em flexão, contenção e promotor de um alinhamento à linha média do RN (semelhante à posição fetal) proporciona uma capacidade de auto-organização, importante para a minimizar o *stress* e promotor da estabilidade fisiológica (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

Decorrentes destes procedimentos podem ocorrer os primeiros episódios de dor. Apesar de durante muito tempo ter perdurado a noção de que RN não sentiam dor, o facto é que as estruturas responsáveis por esta sensação estão presentes entre o primeiro e segundo trimestre de gestação (Tamez, 2013). Desta forma, e como anteriormente é referido, torna-se importante objetivar a dor e intervir na gestão da mesma. Neste sentido, além das medidas de conforto anteriormente referidas, foi também colocado em prática o uso de solução açucarada juntamente com sucção não nutritiva, o toque/ contenção e o método Canguru. Este último, constituindo-se como uma intervenção autónoma do enfermeiro, além da promoção de conforto e da vinculação mãe/pai – RNPT, é ainda uma medida que diminui os períodos de choro e agitação, proporciona uma estabilidade fisiológica (através da manutenção de uma temperatura corporal, frequência cardíaca e oxigenação estáveis) bem como ciclos de sono profundo e aumento de peso corporal (OE, 2013; Tamez, 2013).

Uma das últimas competências adquiridas pelos RNPT é a alimentação, tornando-se essencial a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências por parte dos pais. De facto, a alimentação é um pré-requisito para a sobrevivência de qualquer RN, sendo essencial ao suprimento das suas necessidades nutricionais e, por conseguinte, ao crescimento e desenvolvimento adequados. A alimentação apresenta, também, um importante papel na construção do vínculo mãe-bebé (Bernardo, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014), nomeadamente através do aleitamento materno (AM), sempre incentivado e apoiado, recorrendo aos conhecimentos e experiência já adquiridos anteriormente.

Contudo, considero importante salientar que o AM não é apenas uma forma de alimentação, é também o estabelecimento de vínculos de afeto e amor, de cumplicidade e ligação entre mães e filhos, pelo que deve ser envolvido por um meio tranqui-

lo e calmo. De facto, o incentivo ao AM foi constante, mantendo o respeito pelas decisões parentais tomadas, validando as informações e esclarecendo as dúvidas apresentadas pelos pais e, em particular pelas mães. Tais cuidados foram prestados com a intenção destas últimas se sentirem seguras, confiantes e plenas na sua escolha pela amamentação, não sendo obrigadas a esta por imposição de enfermeiros ou médicos (Levy & Bértolo, 2012).

Porém, nem sempre a regulação fisiológica e as funções de sucção – deglutição – respiração envolvidas na alimentação se coordenam da melhor maneira, pelo que é importante conhecer e monitorizar as competências oro-motoras e de autorregulação dos RN (de termo e prematuros), com o objetivo de estabelecer um plano de ação individualizado para cada criança. Neste âmbito, tive oportunidade de observar estratégias como a alimentação por copo e/ou gavagem, mas também o recurso ao sistema “sonda-dedo”, que desconhecia. Este último “sistema de alimentação”, apesar de ainda não reunir consenso nos poucos estudos realizados, apresenta-se como uma estratégia útil na estimulação da sucção em RN e RNPT amamentados, uma vez que retarda/evita a introdução de alimentação por tetina (Fujinaga, Duca, Petroni, & Rosa, 2012).

As UCIIN, onde os RNPT permanecem até adquirirem uma estabilidade hemodinâmica, de desenvolvimento e de maturação que lhes possibilite crescer junto aos seus pais, são frequentemente descritas como assustadoras, repletas de monitores, ruídos e alarmes, nas quais se inserem RNPT frágeis, imaturos e indefesos rodeados por fios e aparelhos essenciais à sua sobrevivência (Gomes, 2013). Desta forma, a presença dos pais na UCIIN assume contornos peculiares, pois pelas características do ambiente, os pais podem experienciar medo, ansiedade e impotência mas, acima de tudo e, dependendo da situação clínica da criança, podem haver a impossibilidade de tocar, sentir e aconchegar o próprio filho (Gomes, 2013).

Tais factos levam a acrescidas dificuldades na transição para a parentalidade. Portanto, o cuidado de enfermagem a estes RN, que observei e pratiquei, além das intervenções de domínio técnico, privilegiou uma componente relacional, não só entre o enfermeiro e o cliente pediátrico mas também entre pais e filhos.

O enfermeiro é o profissional que mais tempo está junto do RN, cabendo-lhe a responsabilidade da promoção da relação de vinculação entre pais e filhos, através do seu envolvimento nos cuidados a serem prestados à criança, realçando as suas características e competências específicas. Desta forma, a comunicação com os pais e a partilha de informação clara, concisa e oportuna em relação aos cuidados, é especialmente importante, tendo sido intencionalmente desenvolvida, a fim de promover uma plena participação parental, em que os pais gradualmente deixam de ser observadores para transitarem e assumirem o seu papel de cuidadores.

A gestão dos cuidados e colaboração dos pais foram sempre negociadas e direcionadas às necessidades do cliente pediátrico, numa prestação de cuidados centrada na família, capacitando os pais a uma prestação de cuidados parental promotora da saúde. Segundo Vasconcellos (2012, p. 262), o enfermeiro “tem um papel primordial na mudança de comportamentos, cultura de aprendizagem e promoção da segurança”, recorrendo às características pessoais e experiências anteriores dos pais, mas também fornecendo feedback positivo acerca dos comportamentos e cuidados parentais prestados no sentido de desenvolverem uma parentalidade positiva com o enfoque na promoção do crescimento e desenvolvimento do seu filho (Pender, Murdaugh, & Pars, 2006). Neste âmbito, a preparação dos pais, através de ensinamentos, instrução e/ou treino em diversos cuidados é imprescindível, sendo também inerente às competências do enfermeiro, nomeadamente do enfermeiro especialista.

Neste âmbito e prévio ao estágio, tinha planeado a elaboração de folhetos informativos e realização de sessões de formação aos pais, subordinados aos temas cujas necessidades formativas fossem identificadas. Porém, tal não foi inteiramente realizado, uma vez que na UCIIN onde o estágio foi realizado, está já instituído um programa de sessões de formação, suportadas por informação escrita e abordando diferentes temáticas. Contudo, pude colaborar na realização da sessão de formação aos pais, cujo tema “Vigilância de Saúde e Vacinação” deu o mote para uma reunião informal, na qual foi proporcionada informação, mas acima de tudo, foi aberto espaço para o esclarecimento de várias dúvidas relativas à vigilância de saúde, vacinação, segurança no transporte e no domicílio.

Portanto, o enfermeiro em UCIIN pode ser descrito como uma “fronteira entre a instituição hospitalar e a família/ comunidade (Vasconcellos, 2012, p. 262). Na UCIIN

onde o estágio foi realizado, esta fronteira assume características muito particulares, uma vez que existe uma Unidade Móvel de Apoio Domiciliar (UMAD).

Esta unidade, de critérios claramente definidos, tem como objetivo promover a adaptação do cliente pediátrico ao domicílio após a alta hospitalar, bem como avaliar o bem-estar físico da criança. Esta visitação é uma estratégia bastante valorizada nesta UCIIN, pois possibilita uma alta precoce e segura¹⁰, diminuindo a permanência em contexto hospitalar e todos os custos a ela associados (monetários, *stress* e ansiedades, gestão familiar,...) (OE, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014).

Neste contexto tive a oportunidade de realizar várias visitas domiciliárias, o que se revelou extremamente gratificante, uma vez que, pela duração do estágio, possibilitou a prestação de cuidados a alguns clientes durante o internamento e, posteriormente, nas suas casas. Estes factos contribuíram para a confirmação da necessidade de cuidados individualizados, responsivos às necessidades das famílias, nomeadamente no que se refere à adaptação às mudanças na dinâmica familiar, contribuindo assim para uma transição eficaz (Meleis, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014)

O estágio realizado neste contexto de cuidados intensivos e intermédios neonatais foi especialmente importante na aquisição de competências na promoção de uma parentalidade positiva. Através dos discursos dos pais, ficou patente a fragilidade atribuída ao RNPT, em detrimento das suas capacidades, características e potencialidades. É facto que muitas destas crianças, pelo seu nascimento prematuro e pelas suas condições de saúde, são efetivamente frágeis. Contudo, ao longo do tempo e, em função da estabilidade hemodinâmica, do crescimento e desenvolvimento, são reveladas as potencialidades da criança e, neste sentido, o incentivo à permanência dos pais e prestação de cuidados é uma realidade. Começa, deste modo, o estabelecimento de uma relação pais-criança, seja por meio do toque, aleitamento materno ou método canguru, na qual os enfermeiros agem como intermediários mas acima de tudo como parceiros, com vista à autonomia parental. Esta partilha de conhecimentos e experiências entre enfermeiros e pais possibilita uma aquisição de conhecimentos e um entendimento do RNPT, facilitando a transição e

¹⁰De acordo com informação escrita existente na UCIIN, respeitante à UMAD, é de referir que não são apenas os RNPT que estão incluídos neste "Seguimento Pós-Alta"

aquisição dos papéis parentais e, conseqüentemente o planeamento da alta e continuidade dos cuidados em casa.

Realmente, a relação estabelecida com os pais na prestação de cuidados hospitalares permitiu-me observar estilos parentais diferentes, contribuir para a aquisição de competências parentais no cuidado aos seus filhos, mas acima de tudo, proporcionou-me o estabelecimento de uma relação desde o nascimento até ao momento da alta e posteriormente no domicílio.

A visitação domiciliária permitiu-me a observação da prestação de cuidados no ambiente de cada família, avaliando as necessidades parentais e proporcionando feedback acerca dos cuidados prestados, por exemplo, através da observação da criança e monitorização de peso corporal. Neste sentido, a transmissão de informação essencial para o reconhecimento precoce de situações de doença, prevenção de acidentes, entre outras indicações, permitiram reforçar algumas recomendações associadas à promoção de uma parentalidade positiva, tal como o sentimento de compromisso parental na prestação de cuidados, mas também a promoção de um ambiente saudável e o reconhecimento dos pais como exemplos positivos/ modelos, numa intenção clara de promoção de saúde da criança.

Em suma, considero que este contexto de estágio foi facilitador na aquisição de competências no cuidado ao cliente pediátrico em “situações de especial complexidade”, através do reconhecimento de “situações de instabilidade das funções vitais”. Conseqüentemente ambicionei e concretizei uma prestação de cuidados de enfermagem individualizados e direcionados para a “majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”, sem esquecer a centralidade destes cuidados na família. Neste sentido, por tudo o que foi realizado e referido anteriormente, a promoção da relação e da vinculação entre pais e RNPT foi uma constante, mas também a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil foram concretizados através dos cuidados prestados e de orientações antecipatórias recorrendo a uma comunicação clara e concisa (OE, 2011 c., pp. 8654-5).

2.4. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O estágio realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) foi um contexto de estágio enriquecedor, tendo atingido plenamente os objetivos traçados, nomeadamente “Adquirir conhecimentos sobre a Consulta de Saúde Infantil/juvenil e Vacinação”, “Desenvolver competências na avaliação do desenvolvimento infantil e juvenil” e “Proporcionar informação antecipatória ao cliente pediátrico no sentido da promoção da sua saúde”.

A regularidade do acompanhamento das crianças e jovens dota o enfermeiro de um dever de procura e domínio um conhecimento profundo e coeso acerca das diferentes etapas do desenvolvimento. Assim, além de promover o desenvolvimento em segurança e com saúde (prevenindo a doença), cabe-lhe a deteção precoce de eventuais alterações, minimizando-as e/ou corrigindo-as atempadamente. Portanto, a vigilância de saúde assume uma especial importância, seja na promoção da saúde mas também na prevenção da doença e recuperação da mesma. Nos primeiros 3 anos de vida, por serem aqueles nos quais existe um maior desenvolvimento e aquisições em diferentes níveis, esta vigilância de saúde tem uma maior expressão (Hockenberry & Wilson, 2014).

A calendarização das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil encontram-se organizadas por idades-chave, flexíveis e coincidentes com o Plano Nacional de Vacinação (PNV), de forma a minimizar o número de idas aos serviços de saúde. Com esta calendarização, pretende-se facilitar a gestão familiar e, consequentemente alargar “o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade” (DGS, 2013, p. 3). Da mesma forma, pode ser feita uma gestão da periodicidade destas consultas, adicionando ou retirando algumas, consoante as particularidades da criança e da sua família (DGS, 2013). Em cada uma dessas consultas é importante a avaliação de vários parâmetros, entre os quais a monitorização do crescimento e avaliação do desenvolvimento físico, psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial (DGS, 2013).

A avaliação antropométrica, nomeadamente monitorização de peso corporal, foi descrita pelos pais como especialmente importante, uma vez que proporciona um

feedback do padrão alimentar do recém-nascido/ criança. A alimentação durante a infância contribui grandemente para um bom estado de saúde e, conseqüentemente para um desenvolvimento adequado prevenindo doenças no futuro. Desta forma, a dieta deve ser equilibrada em termos quantitativos e qualitativos, bem como adequado às necessidades nutricionais e idade da criança (OE, 2010).

Neste sentido, e tendo em conta a idade da criança, a promoção do aleitamento materno (AM) foi uma realidade, com indicações para o manter em exclusivo até aos 6 meses de vida, respeitando sempre as decisões parentais relativas ao AM (OE, 2010; Levy & Bértolo, 2012; Hockenberry & Wilson, 2014). A diversificação alimentar, seja aos 4 meses ou mais tarde (dependendo da manutenção do AM), não só pela introdução de novos alimentos e conseqüente despiste de possíveis alergias, consiste também num momento de aprendizagem e socialização familiar. É importante a manutenção de um sentimento de prazer durante as refeições, pelo que deve ser mantida alguma persistência perante as adversidades e dificuldades da criança na adaptação à alimentação através de colher. Assim e, enquanto há uma exploração dos gostos da criança, existe também uma oportunidade de encorajar a sua autonomia para alimentar-se sozinha, imitando os comportamentos parentais observados. Partindo deste pressuposto e, numa lógica de promoção de saúde, existiu da minha parte, um incentivo a uma dieta variada e saudável extensiva a toda a família.

Além da diversificação alimentar, os métodos a utilizar durante a mesma foram também frequentemente abordados. Neste sentido, e interligando com a aquisição de competências de desenvolvimento e erupção dentária, foram também proporcionadas estratégias que podem auxiliar na promoção do desenvolvimento e adaptação à dieta, como por exemplo, sentar a criança à mesa (faculta um maior controlo cefálico e amplitude visual, promovendo a interação com os cuidadores), proporcionar-lhe a oportunidade de mexer nos alimentos uma vez que, compreendendo as diferentes texturas e sabores, estimula o sistema sensorial, a deglutição e mastigação pela tendência natural de levar os objetos à boca (OE, 2010).

Na seqüência das indicações relativas à dieta, surgiram também as orientações relativas aos cuidados de higiene oral, nomeadamente desde a erupção do primeiro dente, não se restringindo às consultas realizadas durante o primeiro ano de vida,

mas em todas as consultadas realizadas. Estas orientações foram referentes, não só ao ato de lavar os dentes, mas incentivando a crescente autonomia da criança na sua realização, por exemplo, seguindo os exemplos dos pais ou irmãos.

Um outro assunto abordado em todas as consultas foi a segurança e prevenção de acidentes, nomeadamente no que respeita a quedas de fraldários ou bancadas, mas também relativas ao transporte em segurança (sando as cadeiras de transporte adequadas) ou durante a permanência em alcofas ou no berço.

O sono e os rituais para dormir também foram um dos assuntos frequentemente abordados. Não só pelas dúvidas acerca do número de horas de sono necessários para as crianças, mas também acerca do melhor local: o seu próprio quarto ou o quarto dos pais. A este respeito, foi sempre sublinhada a importância de um sono tranquilo, uma vez que “é tão imprescindível para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a alimentação” (OE, 2010, p. 84). Por isso, desde o nascimento foi aconselhado o estabelecimento de rotinas, gradualmente adaptadas à idade da criança, uma vez que podem ser estruturantes e securizantes, mas também o recurso a estratégias relaxantes como o banho (ao final do dia) ou a massagem¹¹. Apesar da luminosidade e do ruído serem inicialmente indiferentes ao recém-nascido, o facto é que gradualmente se constituem como estímulos que despertam a curiosidade e atenção da criança, pelo que regular a claridade e utilizar caixinhas de música ou a voz humana, bem como o toque, ajudam a criar um ambiente tranquilo. Assim, foram estimuladas estas estratégias, aliada a horários “regulares e estáveis para dormir ajudam o bebé/ criança a autodisciplinar-se” e a aprender a adormecer, o que será conseguido mais facilmente “se os pais se mantiverem firmes e carinhosos” (OE, 2010, pp. 84-85).

De facto, alguns pais referiram não terem ainda estabelecido estas rotinas, enquanto outros tinham dificuldade em manter firmes os horários de sono, pois é-lhes difícil suportar o choro e contestação dos seus filhos. Neste sentido, foi sublinhado o que de positivo estava já a ser feito pelos pais e dadas indicações para manter uma atitude firme e clara com o estabelecimento de limites, sublinhando o

¹¹ Em relação à massagem do bebé, existe já nesta UCSP suporte informativo escrito que é facultado aos pais na primeira consulta de enfermagem realizada

quanto estes são importantes para organização, crescimento e desenvolvimento da criança, mas também para a construção de laços de confiança (Patrício, 2011; Lopes M. , 2012).

Uma das formas de comunicar com a criança e ajudá-la a compreender o que a rodeia pode ser a brincadeira, pois constitui-se como “elemento basilar em todo o processo dinâmico de construção do *ser criança*” (OE, 2010, p. 85). Ao brincar, recorrendo a brinquedos ou objetos mais ou menos modernos, a criança relaciona-se consigo própria, com os outros e com o meio, mas também vai adquirindo novas experiências e conhecimentos. Foi através da brincadeira que muitas vezes pude chegar até à criança que tinha diante de mim na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, bem como avaliar o seu desenvolvimento através da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada.

Nesta avaliação, dado não existir o conjunto de materiais sugeridos para a aplicação desta escala, foi sempre tido em conta a observação da criança, desde a entrada na sala de enfermagem, mas também valorizado o que era dito pelos pais, especialmente no que se refere a situações descritas pelos próprios como preocupantes. Assim, e tendo em conta a referida escala, uma observação pormenorizada das capacidades da criança permite ajuizar do seu desenvolvimento normal, mas também ajuda a orientar os pais sobre determinados cuidados e atitudes que podem estimular e incentivar ao desenvolvimento e aquisição de certas competências.

Como anteriormente é referido, muitas vezes aliou-se a consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil com a vacinação. O PNV caracteriza-se pela sua universalidade, acessibilidade a todas as pessoas residentes em Portugal e pelo facto de ser gratuito. Objetiva-se pela administração, via intramuscular, subcutânea, intradérmica ou oral de preparações antigénicas indutoras de uma resposta imunitária protetora específica para um ou mais agentes infecciosos (DGS, 2011).

A imunização, por ser protetora imunológica contra diversas doenças, promove um desenvolvimento e crescimento saudáveis do indivíduo, mas também da sociedade através de uma imunidade de grupo conseguida por taxas de vacinação muito elevadas (DGS, 2011). De facto e, de acordo com PNV (2011, p. 5) em vigor, desde

“1965, verificou-se uma notável redução da morbilidade e da mortalidade pelas doenças infecciosas alvo de vacinação, com os consequentes ganhos de saúde”, devendo-se este facto, em larga escala, ao trabalho dos enfermeiros (OE, 2010).

Uma das componentes desse trabalho consiste na divulgação do PNV, através da motivação das famílias, mas também do esclarecimento e incentivo ao cumprimento deste plano (DGS, 2013). Assim se ilustra a influência que os enfermeiros têm sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital, com vista à promoção de saúde, nomeadamente pelos benefícios que são percebidos pelos pais.

Segundo Schechter, et al. (2008), a preparação do cliente pediátrico para um procedimento doloroso é elementar e fundamental, no sentido de diminuir o *stress* sentido, não apenas em contexto hospitalar, mas em todas as práticas, nomeadamente na vacinação. Uma das estratégias possíveis é a administração de solução açucarada. Contudo, tal não ocorre nesta UCSP, não por discordância da equipa de enfermagem, mas por constrangimentos financeiros e de gestão. Assim, foi necessário o recurso a outras estratégias não farmacológicas para alívio da dor.

A primeira dessas estratégias consiste na presença dos pais e/ou cuidadores, que pelo facto de serem os mais entendidos nas reações e comportamentos dos seus filhos, consistem nos parceiros ideais para avaliar e implementar as estratégias que sejam mais eficazes (OE, 2013). No entanto, a presença dos pais não deve ser imposta, mas voluntária e negociada, pois muitos referem sentir eles próprios medo e ansiedade perante “agulhas e picas”. Assim, tornou-se essencial modificar o sentido dado ao ato vacinal, almejando uma amenização destes medos e o esclarecimento de que a vacinação é mais ampla que o momento da sua administração, promovendo, portanto, a manutenção da adesão a esta estratégia protetora da saúde em geral, mas da população pediátrica em particular (Pender, Murdaugh, & Pars, 2006; Schechter, et al., 2008).

Também a distração ou sucção não nutritiva foram um recurso relevante, pois constituem-se como as estratégias mais adequadas à criança no primeiro ano de vida, quando a presença da chupeta é (com elevada frequência) ainda uma realida-

de e quando a curiosidade pelo meio circundante e novas caras ainda impera (Linhares & Doca, 2010; OE, 2010; OE, 2013).

Mas, previamente à sua administração é essencial que o enfermeiro conheça e domine a calendarização do plano vacinal e as especificidades de cada vacina. Aliás, tais conhecimentos impõem necessariamente a gestão de recursos e rentabilização de algumas dessas vacinas.

A vacina contra a tuberculose (BCG – *Bacillus Calmette-Guérin*) é um exemplo. Incluída no PNV, é administrada em dose única, à nascença nas maternidades/ hospitais ou, exceccionalmente, nos centros de saúde. Contudo e, especialmente no último ano de 2014, a produção em série e fornecimentos aos serviços de saúde sofreu alguns cortes, pelo que foi necessária a articulação dos hospitais e maternidades com as unidades dos cuidados de saúde primários (CSP).

A BCG, pela administração por via intradérmica, leva à exigência de formação específica, com experiência prática supervisionada. Por ser detentora desta formação e experiência na administração da mesma, tal como a enfermeira tutora, a gestão e administração desta vacina foram componente integrante deste estágio. Neste sentido, pude observar e compreender uma gestão e um circuito diferente do cliente pediátrico, relativamente ao que me é familiar em contexto hospitalar.

Realmente, a rentabilização da ampola desta vacina implica a calendarização da vacinação num horário específico, mas também a identificação e organização das crianças a serem vacinadas, nomeadamente pela data de nascimento, uma vez que depois dos 60 dias de vida e de acordo com PNV, a BCG só deve ser administrada após prova tuberculina negativa (DGS, 2011). Portanto, foi necessária uma pesquisa e confirmação da ausência de administração desta vacina, recorrendo aos sistemas informáticos disponíveis, mas também confirmando com os pais destas crianças.

Concomitante com esta administração, está a transmissão de informação relativa à evolução e aos cuidados a ter com o local onde a mesma foi administrada. Estas foram as grandes preocupações verbalizadas pelos pais, sendo esclarecidos no momento, através de orientações verbais, mas também através do fornecimento de informação escrita e anexada ao Boletim de Vacinas da criança. Simultaneamente à

vacinação existiu sempre uma verificação do esquema vacinal em curso, sendo promovida a sua adesão e orientando os pais para as próximas vacinas.

A minha experiência no que respeita ao PNV, pelo facto de ser operacionalizado em contexto de cuidados hospitalares era limitada à administração das vacinas da nascença ou dos 2 meses de idade (especialmente no caso de recém-nascidos prematuros). Porém, apesar de conhecer o esquema preconizado e as vacinas extra PNV, tive a oportunidade de conhecer, observar e compreender as especificidades da administração de cada vacina por si e o seu esquema associado, mas também as orientações de cuidados em situação de reação secundária às vacinas. Estas relacionam-se, na sua grande maioria, com a possibilidade do aparecimento de febre, rubor, tumefação, edema ou dor no local da vacina (DGS, 2011).

O estágio realizado no âmbito dos CSP permitiu um sentido/ sentimento de continuidade relativamente ao estágio realizado na UCIIN. De facto, o contexto de CSP foi muito rico na valorização e transmissão de cuidados antecipatórios como fator de promoção de saúde e prevenção de doença, capacitando os pais de conhecimentos para fomentar o seu melhor desempenho, almejando uma parentalidade positiva. Efetivamente, com esta capacitação, pretende-se dotar os pais/ cuidadores de meios facilitadores para a vivência de uma parentalidade que suporte as transições entre as diferentes etapas de desenvolvimento dos seus filhos, promovendo e protegendo os direitos destes.

Uma vez que as influências interpessoais, nomeadamente os familiares mais próximos, as normas e modelos influenciam, positivamente ou negativamente o desenvolvimento da criança, é necessário ter em mente que em cada momento existe a oportunidade para agir e aproveitar essas características associadas ao cliente pediátrico com que nos deparamos, para promover e sublinhar conhecimentos e expectativas responsivas à fase que vivenciam (Pender, Murdaugh, & Pars, 2006; OE, 2010). Neste âmbito, todas as intervenções de enfermagem realizadas foram em prol da participação parental e da família nos cuidados à criança/ jovem no domicílio, fomentando um sentimento de autoconfiança e segurança, em si próprios e nos cuidados prestados.

Dado que cada pessoa é um ser único, possuidor do seu autoconceito e autoestima, é essencial o reconhecimento dessas características para a promoção e manutenção de comportamentos saudáveis, nomeadamente regime alimentar, atividade física, padrões de sono ou recurso aos serviços de saúde (Pender, Murdaugh, & Pars, 2006). Assim, é expectável que pela observação do que é considerado como benéfico para o próprio, seja também inculcado e transposto no cuidado aos seus filhos, nomeadamente na promoção de comportamentos saudáveis (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Considero que o reconhecimento de que o feedback transmitido aos pais nas consultas de saúde infantil e juvenil é potencialmente um regulador dos comportamentos parentais. Este facto conduziu ao envolvimento destes cuidadores na prestação de cuidados, orientando-os e fomentando a aquisição de competências para a promoção de um desenvolvimento harmonioso e saudável (Pender, Murdaugh, & Pars, 2006; Lopes M. , 2012).

Apesar do processo de desenvolvimento de uma criança ser vasto, é importante reconhecer que os primeiros anos de vida são primordiais pelo estabelecimento de bases para o seu desenvolvimento, pela maior plasticidade e resiliência responsiva aos estímulos recebidos. Neste sentido, pelas normais transições ocorridas durante o crescimento e desenvolvimento infantil, mas também pela ambição de promover a saúde e prevenir a doença, é expectável que os enfermeiros reconheçam e compreendam estes processos de transição, mas que também sejam capazes de identificar as necessidades das famílias, educando-os e proporcionando a aquisição de habilidades (Magalhães, 2011).

Em suma e, pelo exposto em toda a reflexão, pretendi promover uma prestação de cuidados parentais direcionado às necessidades dos seus filhos, perante o seu nível de desenvolvimento e individualidade, fomentando-se um ambiente estimulante e responsivo. Da mesma forma, houve também o incentivo ao reconhecimento das capacidades e competências dos filhos, proporcionando estratégias antecipatórias que potenciam o estabelecimento de um ambiente físico saudável, organizado e seguro, mas sublinhando também a necessidade de uma educação assente nos pilares da assertividade, compreensão e consistência.

Deste local de estágio emerge a confirmação da competência na gestão da dor, nomeadamente em contexto de vacinação. Contudo, considero que o enriquecimento proporcionado espelha-se na aquisição de competências na promoção de uma prestação de cuidados responsiva às necessidades decorrentes do crescimento e desenvolvimento da criança, através da avaliação dos mesmos (OE, 2011 c.). Neste sentido, considero que a avaliação atualmente realizada é claramente mais fundamentada e que, conseqüentemente contribuiu para uma prestação de cuidados que ambiciona a maximização da saúde. Tal só foi conseguido mantendo uma parceria entre enfermeiro-família, essencial aos cuidados prestados à criança, sempre no sentido da autonomia do cliente pediátrico.

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Enfermagem, enquanto profissão autorregulada, tem definido no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, princípios éticos e deontológicos que norteiam o exercício profissional do enfermeiro.

Considero que todo o enfermeiro deve prestar cuidados mediante o reconhecimento da dignidade do cliente e respeito pela sua pessoa, pela sua autonomia na tomada de decisão, na participação e na colaboração nos cuidados a serem prestados. Igualmente, o respeito pela privacidade, intimidade e individualidade são componentes essenciais para a prestação de cuidados.

O Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem não é exceção e portanto, nos vários contextos de estágio, não esqueci ou ignorei os aspetos anteriormente referidos. Tive também patente a intencionalidade de prestar cuidados no sentido de ajudar o outro no encontro ao que considera benéfico para si próprio, sem lhe causar qualquer dano e, portanto, em respeito aos princípios de beneficência e não-maleficência (OE, 2005).

4. REFLEXÕES FINAIS

É através da experiência que advém o saber e o conhecimento que potencia a compreensão de cada situação concreta, que se apreende o problema e age partindo de uma reflexão e análise da situação na sua globalidade como defende Benner (Benner, 2001). Foi através deste pensamento que se concretizou o percurso apresentado neste documento. É verdade que a reflexão esteve sempre presente, como um meio para atingir a qualidade e excelência na prestação de cuidados, mas também como impulsionadora para a conscientização de limites e necessidades, não só na vida profissional, mas também pessoal.

Conclui-se pela consolidação de competências já adquiridas em contexto profissional, mas também pela aquisição de outras competências. Cada campo de estágio proporcionou uma partilha de experiências e saberes, despertou a curiosidade e necessidade de aprofundar conhecimentos, fomentou a aquisição de competências, por exemplo na integração e aplicação de conhecimentos em situações complexas como o cuidado ao RN/ criança em situação de instabilidade hemodinâmica. Certificaram-se as competências na tomada de decisão e produção de discurso fundamentado, as competências relacionais através comunicação com o cliente pediátrico, do espírito de equipa e iniciativa para os cuidados, mas também a competência necessária à gestão dos cuidados. Estas competências assentes no empenho e determinação jamais perderam de vista a ética e deontologia profissional indissociável da prática de enfermagem.

O desenvolvimento de competências na promoção de uma parentalidade positiva em pais de crianças nascidas prematuras foi um fio condutor do pensamento, reflexão e atuação em contexto de estágio, no qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem assume um papel essencial. A temática motivou, nos diferentes contextos de estágio, a discussão e reflexão entre enfermeiros, conduzindo a uma partilha enriquecedora para prestação de cuidados e ao reconhecimento da sua importância no exercício da parentalidade e do crescimento e desenvolvimento infantil.

Mas, como todo o fim é também um princípio, termino com a convicção e consciência do caminho em aberto a ser percorrido, certa de perseverar na busca pela excelência do cuidado de enfermagem, mas também consciente de perseverar na necessidade de manter uma reflexão sobre as práticas e uma partilha com os outros, por exemplo, através da formação.

Assim, da reflexão apresentada, das aprendizagens e competências adquiridas, bem como da importância da temática no contexto da enfermagem, surgiu-me a necessidade de concretizar como os enfermeiros podem promover uma parentalidade positiva, especialmente em pais de crianças nascidas prematuras. Foi neste sentido que se elaborou o Guia Orientador da Promoção de uma Parentalidade Positiva em pais de crianças nascidas prematuras (apêndice 7). Apesar de estruturado e pensado em contexto académico, refletindo uma importante parte do percurso de estágio foi também pensado e concebido para ser aplicado na prestação de cuidados, com vista à sua melhoria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernardo, M. (2012). *Vinculação e estratégias de coping em mães de crianças prematuras*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto.
- Biarent, D., Bingham, R., Eich, C., López-Herce, J., Maconochie, I., Rodríguez-Núñez, A., . . . Zideman, D. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation*, *81*, 1364-1388.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- CE. (2006). *Recommendation Rec(2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting*. Obtido em 1 de maio de 2014, de Council of Europe: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507&BackColorLogged=FFAC75>
- CE. (2007). *Parenting in contemporary Europe: a Positive Approach*. Council of Europe Publishing.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- DGS. (21 de dezembro de 2011). *Plano Nacional de Vacinação 2012*. Direção Geral de Saúde. Obtido de Direção Geral de Saúde.
- DGS. (31 de Maio de 2013). *Norma nº 010/2013 de 31/05/2013*. Obtido em outubro de 2013, de Direção Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

- DGS. (30 de outubro de 2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Obtido em setembro de 2014, de Direção Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- DGS. (31 de Maio de 2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>
- Ferreira, A. (Novembro de 2011). A presença dos pais em situação de ressuscitação cardio-pulmonar. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 3.
- Fielden, J., & Gallagher, L. (2008). Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 406–417.
- Fontes, R. M., & Ferreira, M. M. (2004). A criança e o adolescente como actores sociais: fomentando o "Kidpower". *Revista Millenium*, 30.
- Fujinaga, C., Duca, A. P., Petroni, R. A., & Rosa, C. H. (Jul-Ago de 2012). Indicações e uso da técnica "sonda-dedo". *Revista Cefac*, 14(4), pp. 721-4.
- Gage, J., Everett, K., & Bullock, L. (2006). Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Schoranship*, 38:1, pp. 56-62.
- Gomes, M. (2013). *Cuidar na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. Obtido em 10 de abril de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/Documents/ARTIGOS%20ENFERMEIROS%202013/Cuidar%20na%20UCIN%20nov2013.pdf>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- ICN. (2013). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2011*. Geneve: Internacional Council of nurses.
- IFCC. (2010). *Patient - and family - centered care*. Obtido em 14 de outubro de 2013, de Institute for Family-Centered Care: www.ipfcc.org/pdf/CoreConcepts.pdf
- Kleinman, M., Charmeides, L., Schexnayder, S., Samson, R., Hazinski, M. F., Atkins, D. L., . . . Zaritsky, A. (2010). Part 14: Pediatric Advanced Life Support. In A. H.

- Association, *American Heart Association guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science*.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Linhares, M. B., & Doca, F. N. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia, 18, n.º 2*, pp. 307 – 325.
- Lopes, M. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem*. Tese doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (julho de 2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência, III Série, n.º1*.
- Magalhães, S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento Hospitalização da criança*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Nascimento, H. (2010). *A Dor no recém-nascido numa UCI: Concepções e práticas de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Neto, O. A. (2010). *Dor: Princípios e prática*. Artmed Editora.
- Nunes, R. (2011). *Trabalho de projecto: Caracterização da Utilização da Urgência Pediátrica num Hospital da área metropolitana de Lisboa*. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Obladen, M., Metze, B., Henrich, W., Aktas, A., Czernik, C., & Schulz-Baldes, A. (2008). Interdisciplinary surveillance of intraventricular haemorrhage associated conditions in infants <1000 g. *Acta Pædiatrica, 97*.
- OE. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

- OE. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido em 18 de Junho de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- OE. (setembro de 2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - VOLUME I*. Obtido em 30 de outubro de 2013, de Cadernos Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boaprat_ica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- OE. (outubro de 2011 a.). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - VOLUME II*. Obtido em 30 de outubro de 2013, de Cadernos Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VoIII.pdf
- OE. (2011 b.). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2011 c.). *Regulamento n.º 123/2011*. Obtido em 20 de fevereiro de 2011, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf
- OE. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Obtido em Janeiro de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Patrício, S. (2011). *Promoção da Parentalidade Positiva*. Relatório para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.

- Pender, N., Murdaugh, C., & Pars, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M., & Balieiro, M. M. (jan-fev de 2011). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), pp. 132-135.
- Rodrigues, C. (2011). *Opinião dos profissionais de saúde acerca do Livopan® em procedimentos dolorosos na criança*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Schechter, N., Zempsky, W., Cohen, L., McGrath, P., McMurtry, C. M., & Bright, N. (2008). Pain reduction during pediatrics immunizations: evidence-based review and recommendations. *Pediatrics*, pp. 1184 - 1198.
- Silva, C. (2011). *Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Tavares, P. (2008). *Acolher brincando. A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Unicef. (2004). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Obtido de http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Vasconcellos, T. (2012). Enfermagem em neonatologia. Cuidados para o desenvolvimento. In C. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - HSF, *Neonatologia, Manual Prático*. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
- Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, Vol. 18, n.º3.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1: AUTODIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM –
COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

AUTODIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A – DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Competência A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção: Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Quadro 1: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competência A1

Unidades de competência	Evidência (s) do exercício profissional	Nível de competência percebido
<p>A1.1 – Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada</p> <p>Critérios de avaliação</p> <p>A1.1.1 – As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente.</p> <p>A1.1.2 – O juízo baseado no conhecimento e experiência está refletido na tomada de decisão.</p> <p>A1.1.3 – A autonomia de julgamento fundamentado reflete-se na tomada de decisão em situações da prática clínica.</p> <p>A1.1.4 – Participa na construção da tomada de decisão em equipa.</p> <p>A1.1.5 – As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.</p>	<p>A tomada de decisão é algo constante e presente na minha vida profissional, sendo pautada por uma parceria, na qual os pais e crianças são informados do leque de opções para a sua tomada de decisão e negociados os cuidados a prestar. Também o conhecimento e experiência servem de base às decisões tomadas, os quais devem ser atualizados e analisados constantemente, alicerçando decisões futuras. A passagem de ocorrências oral é um dos momentos privilegiados para a tomada de decisão em equipa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/ teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4

<p>A1.2 – Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.</p>	<p>A1.2.1 – As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão.</p> <p>A1.2.2 – As decisões são guiadas pelo Código Deontológico.</p> <p>A1.2.3 – Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem.</p> <p>A1.2.4 – Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inscrito.</p>	<p>A prática de cuidados de enfermagem não pode ser dissociada de um suporte em princípios, valores e normas deontológicas, pelo que estão constantemente patentes na minha prestação de cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
<p>A1.3 – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade</p>	<p>A1.3.1 – Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua especialidade.</p> <p>A1.3.2 – Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.</p> <p>A1.3.3 – Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão.</p> <p>A1.3.4 – Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.</p>	<p>Em relação à prestação de cuidados ao cliente pediátrico reconheço a minha competência nesta área, no entanto, com necessidade de melhoria nos cuidados e aprofundamento de conhecimentos contínuos, facto que motivou a frequência neste 5º Curso de Mestrado.</p> <p>Contudo, pelo percurso formativo, neste momento, sou elemento de referência em termos de vacinação (nomeadamente BCG).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4

<p>A1.4 – Avalia o processo e os resultados de tomada de decisão.</p>	<p>A1.4.1 – Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada.</p>	<p>Por forma a manter um plano de cuidados atualizado, é necessário que os resultados dos cuidados sejam aferidos, numa verdadeira parceria estabelecida entre cliente – enfermeiro – equipa enfermagem e equipa multidisciplinar. Realmente, esta é a minha prática, contudo considero que deva ser mantida sempre necessidade de aperfeiçoamento. Também neste âmbito a passagem de ocorrências oral é um momento privilegiado na equipa onde me insiro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
	<p>A1.4.2 – Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.</p>		

Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais: Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Quadro 2: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competência A2

Unidades de competência	Critérios de avaliação	Evidência (s) do exercício profissional	Nível de competência per- cecionado
A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos	A2.1.1 – Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade.	O respeito pelos direitos humanos e respetiva proteção é algo indissociável dos cuidados de enfermagem e patente numa prestação de cuidados na qual não existe preconceitos, seja de ordem social, racial ou religiosa.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
	A2.1.2 – Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido.		
	A2.1.3 – Promove a confidencialidade e a segurança de informação escrita e oral adquirida enquanto enfermeira profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido.		
	A2.1.4 – Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido.		
	A2.1.5 – Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido.		

A2.1 (cont.)	<p>A2.1.6 – Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.7 – Reconhece e aceita os direitos dos outros.</p> <p>A2.1.8 – Mantem um processo efetivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.</p>		
A2.2 – Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	<p>A2.2.1 – Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco.</p> <p>A2.2.2 – Adota e promove a adoção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas.</p> <p>A2.2.3 – Tem uma conduta preventiva, antepatória.</p> <p>A2.2.4 – Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.</p> <p>A2.2.5 – Identifica as ações a serem tomadas em circunstâncias específicas.</p> <p>A2.2.6 – Segue incidentes de prática insegura para prevenir a re-ocorrência.</p>	<p>No contexto da prestação de cuidados em pediatria é essencial antecipar os riscos, pelo que é necessário reconhecê-los. Considero que, pela evolução científica e tecnológica, existem novos riscos em constante aparição, pelo que, é exigida constante atenção e desenvolvimento de competências nesse âmbito (por exemplo, novas tecnologias de comunicação).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4

B – DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

Competência B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica: Colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Quadro 3: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competência B1

Unidades de competência	Evidência (s) do exercício profissional	Nível de competência per- cecionado
<p>B1.1 – Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade</p> <p>Critérios de avaliação</p> <p>B1.1.1 – Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados a nível organizacional.</p> <p>B1.1.2 – Desenvolve aptidões a nível de análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.</p> <p>B1.1.3 – Colabora na realização de atividades na área da qualidade em protocolos da qualidade de com outras instituições.</p> <p>B1.1.4 – Comunica resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.</p>	<p>A colaboração, em equipa, as normas de procedimentos do serviço onde presto cuidados é um dos exemplos de estratégia para a melhoria dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – <input type="text" value="3"/> – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – <input type="text" value="3"/> – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – <input type="text" value="3"/> – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – <input type="text" value="3"/> – 4

<p>B1.2 – Incorpora diretrizes e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</p>	<p>B1.2.1 – Detém conhecimentos avançados sobre as diretrizes na área da qualidade e em melhoria contínua.</p> <p>B1.2.2 – Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso.</p> <p>B1.2.3 – Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.</p>	<p>A curiosidade e necessidade de busca por novos e mais aprofundados conhecimentos é uma constante, sendo esses conhecimentos partilhados com a equipe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
--	--	--	---

Competência B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria da qualidade: Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Quadro 4: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competência B2

Unidades de competência Critérios de avaliação	Evidência (s) do exercício profissional	Nível de competência percebido
B2.1.1 – Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade.	A análise e revisão das práticas é algo constante, tal como a pesquisa pela evidência científica. Neste âmbito, a participação, enquanto membro da equipa em protocolos de controlo da qualidade é também uma prática da prestação de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
B2.1.2 – Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades.		
B2.1.3 – Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais.		
B2.1.4 – Realiza auditorias clínicas.		
B2.1.5 – Aplica instrumentos de avaliação de resultado		

<p>B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua.</p>	<p>B2.2.1 – Identifica oportunidades de melhoria.</p> <p>B2.2.2 – Estabelece prioridades de melhoria.</p> <p>B2.2.3 – Seleciona estratégias de melhoria.</p> <p>B2.2.4 – Elabora guias orientadores de boas práticas.</p>	<p>Através da formação contínua e partilha de conhecimentos com a equipa, nomeadamente, transpondo novos conhecimentos (Pós-Graduação em Urgências e Emergências Neonatais e Pediátricas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
<p>B2.3 – Lidera programas de melhoria.</p>	<p>B2.3.1. – Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade.</p> <p>B2.3.2 – Normaliza e atualiza as soluções eficazes e eficientes.</p>	<p>Esta é uma unidade de competência com a qual apenas contacto através de outros, pelo que domínio os seus conhecimentos de forma pouco aprofundada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4

Competência B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro: Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Quadro 5: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competência B3

Unidades de competência Critérios de avaliação	Evidência (s) do exercício profissional	Nível de competência percebido
<p>B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.</p> <p>B3.1.1 – Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo/ grupo.</p> <p>B3.1.2 – Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/ grupo.</p> <p>B3.1.3 – Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades espirituais são satisfeitas.</p> <p>B3.1.4 – Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade).</p> <p>B3.1.5 – Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.</p>	<p>A individualidade do cliente pediátrico está sempre presente na prestação de cuidados e, portanto, a sua individualidade nas diferentes dimensões que o compõem também está implícita. Neste âmbito e, mediante decisões tomadas pela equipa, foram permitidas algumas práticas de cariz religioso e cultural, preservando as necessidades religiosas e culturais da criança e família em questão.</p> <p>Como é anteriormente referido, no contexto da prestação de cuidados em pediatria é essencial antecipar os riscos, pelo que, além de reconhecerlos, é também necessário preveni-los, recorrendo por exemplo a equipamentos e tecnologias (sistemas informáticos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4

B3.1 (cont.)	<p>B3.1.6 – Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.</p> <p>B3.1.7 – Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional.</p> <p>B2.1.8 – Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.</p> <p>B3.2.1 – Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.</p> <p>B3.2.2 – Envolve os colaboradores na gestão do risco.</p> <p>B3.2.3 – Previne os riscos ambientais.</p> <p>B3.2.4 – Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.</p> <p>B3.2.5 – Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.</p> <p>B3.2.6 – Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.</p> <p>B3.2.7 – Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.</p> <p>B3.2.8 – Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infeção.</p> <p>B3.2.9 – Colabora na elaboração de planos de emergência.</p>		
B3.2. – Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais		<p>A colaboração na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados adequados e com segurança é uma prática quotidiana. Aliás, tal decorre da própria prestação de cuidados mas também da promoção da manutenção de normas de prevenção e controlo da infeção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4

C – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a atuação na equipa multiprofissional: Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Quadro 6: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competência C1

Unidades de competência	Evidência (s) do exercício profissional	Nível de competência percebido
<p>C1.1 – Otimiza o processo de decisão.</p> <p>C1.1.1 – Disponibiliza acessoria aos enfermeiros e equipa.</p> <p>C1.1.2 – Colabora nas decisões da equipa multiprofissional.</p> <p>C1.1.3 – Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar.</p> <p>C1.1.4 – Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.</p>	<p>A discussão em equipa de situações de cuidados de maior complexidade é uma prática comum, na qual todos intervêm.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4

<p>C1.2 – Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade</p>	<p>C1.2.1 – Orienta a decisão relativa as tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.2 – Cria guias orientadores das práticas a delegar.</p> <p>C1.2.3 – Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.4 – Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.</p>	<p>A delegação de tarefas é uma prática à qual é necessário recorrer em alguns momentos, mas sempre mantendo em mente a segurança do cliente e constante supervisão (por exemplo, na ajuda parental à criança no autocuidado de alimentação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
---	---	--	---

Competência C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados: Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Quadro 7: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competência C2

Unidades de competência	Evidência (s) do exercício profissional	Nível de competência percebido
<p>Critérios de avaliação</p> <p>C2.1.1 – Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.</p> <p>C2.1.2 – Fundamente os métodos de organização do trabalho adequados.</p> <p>C2.1.3 – Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados.</p> <p>C2.1.4 – Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.</p> <p>C2.1.5 – Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos.</p> <p>C2.1.6 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.</p>	<p>Tendo em conta a estruturação da equipa, é frequente ser chamada a desempenhar funções de chefia de equipa e, implicitamente, organizar e coordenar a equipa na prestação de cuidados, bem como gerir os recursos disponíveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
<p>C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados</p>		

<p>C2.2.1 – Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática.</p>	<p>Nos referidos momentos de chefia de equipa, é exercida uma liderança promotora da autonomia e da eficiência dos elementos da equipa presentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
<p>C2.2.2 – Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado.</p>		
<p>C2.2.3 – Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências.</p>		
<p>C2.2.4 – Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.</p>		
<p>C2.2 – Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estímo favorecedor da melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>		

D – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade: Demonstra, em situação, a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Quadro 8: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competência D1

Unidades de competência	Critérios de avaliação	Evidência (s) do exercício profissional	Nível de competência percebido
<p>D1.1 – Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p>	<p>D1.1.1 – Desenvolve o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar.</p>	<p>A reflexão acerca das práticas é contínua, tanto a nível pessoal tanto em equipa, sendo reconhecidas as minhas limitações e recursos pessoais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
	<p>D1.1.2 – Gere as suas idiosincrasias na construção dos processos de ajuda.</p>		
	<p>D1.1.3 – Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais.</p>		
	<p>D1.1.4 – Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.</p>		

<p>D1.2 – Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.</p>	<p>D1.2.1 – Desenvolve a congruência entre auto e hétero-percepção.</p> <p>D1.2.2 – Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente.</p> <p>D1.2.3 – Atua eficazmente sob pressão.</p> <p>D1.2.4 – Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade.</p> <p>D1.2.5 – Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.</p>	<p>A resolução de conflitos é uma área na qual tenho investido, tentando atuar sob pressão. Ainda neste âmbito, tento sempre reconhecer antecipadamente situações de eventual conflito, recorrendo a um diálogo com o cliente, no qual a verdade assume-se como essencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
--	---	--	---

Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento: Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoa e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Quadro 9: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competência D2

Unidades de competência Critérios de avaliação	Evidência (s) do exercício profissional	Nível de competência per- cecionado
D2.1.1 – Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais.	A formação contínua está presente, através de curiosidade pessoal e partilhada pela equipa. Neste sentido, colaboro em ações de formação em serviço. A supervisão clínica, de estudantes de enfermagem é também uma realidade que permite a reciclagem e atualização dos conhecimentos pessoais.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
D2.1.2 – Diagnostica necessidades formativas.		
D2.1.3 – Concebe e gere programas e dispositivos formativos.		
D2.1.4 – Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.		
D2.1.5 – Avalia o impacto da formação.		
D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.		

<p>D2.2 – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.</p>	<p>D2.2.1 – Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos.</p> <p>D2.2.2 – Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.</p> <p>D2.2.3 – Investiga e colabora em estudos de investigação.</p> <p>D2.2.4 – Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.</p> <p>D2.2.5 – Discute as implicações da investigação.</p> <p>D2.2.6 – Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.</p>	<p>Os novos conhecimentos são partilhados com a equipa de enfermagem, promovendo assim ganhos em saúde.</p> <p>Sempre que solicitado, colaboro em estudos de investigação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
--	--	--	---

<p>2.3 – Prove liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	<p>D2.3.1 – Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada.</p> <p>D2.3.2 – Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.</p> <p>D2.3.3 – Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas.</p> <p>D2.3.4 – Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.</p> <p>D2.3.5 – Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.</p>	<p>A prestação de cuidados ao cliente pediátrico é, obviamente, pautada por conhecimentos especializados, assentes em conhecimentos teóricos e experiential. Sempre que necessário, os recursos tecnológicos assumem-se como um meio para a pesquisa.</p> <p>Mais uma vez, a transmissão de informação oral (passagem de ocorrências) é um momento privilegiado para a partilha de novas informações que podem ser traduzidas em ganhos e cuidados de enfermagem de excelência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
--	--	---	---

**APÊNDICE 2: AUTODIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM –
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFER-
MAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM**

AUTODIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

Competência E1 – Assiste a criança/ jovem como família, na maximização da sua saúde: Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/ família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Quadro 10: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competência E1

Unidades de competência	Critérios de avaliação	Evidência (s) do exercício profissional	Nível de competência peracionado
<p>E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção da criança/ jovem.</p>	<p>E1.1.1 – Negoceia a participação da criança/ jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e bem-estar.</p> <p>E1.1.2 – Comunica com a criança/ jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 – Utiliza estratégias motivadoras da criança/ jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p>	<p>A prestação de cuidados é realizada em parceria com os pais e criança, sendo negociado o plano de cuidados a serem prestados, contudo com necessidade de melhoramento pela constante mutação das famílias e suas necessidades.</p> <p>Existe um incentivo ao desempenho de um papel parental pleno, com transmissão de informação no sentido da promoção de saúde da criança/ jovem (vacinação, vigiância de saúde pós-alta, prevenção de acidentes, ...)</p> <p>Sempre que necessário, é realizada articulação com cuidados de saúde primários ou outros recursos da comunidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4

E1.1 (cont.)	<p>E1.1.4 – Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/ jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/ doença.</p> <p>E1.1.5 – Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/ jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 – Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 – Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8 – Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9 – Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde educativas especiais.</p> <p>E1.1.10 – Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/ jovem aos cuidados de saúde.</p>		
--------------	--	--	--

<p>F1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e as situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem</p>	<p>E1.2.1 – Demonstra conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem adequadas.</p> <p>E1.2.2. – Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 – Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 – Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco)</p> <p>E1.2.5 – Sensibiliza os pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6 – Assiste a criança/ jovem em situações de abuso, negligencia e maus tratos.</p> <p>E1.2.7 – Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/ jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 – Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/ jovem e família.</p>	<p>Os conhecimentos, adquiridos através da experiência profissional e ações de formação, proporcionam bases que facilitam a identificação de doenças comuns, bem como a informação necessária à construção de um plano de cuidados individualizado. Neste sentido, são também identificadas as situações que necessitam da intervenção de uma equipa multidisciplinar ou identificação e referenciação de situações de risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
---	---	---	---

Competência E2 – Cuida da criança/ jovem nas situações de especial complexidade: Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/ jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Quadro 11: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competência E2

Unidades de competência	Evidência (s) do exercício profissional	Nível de competência percebido
<p>E2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados</p> <p>E2.1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2 – Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançada de vida pediátrico.</p> <p>E2.1.3 – Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.</p>	<p>Esta é uma temática na qual investi em termos formativos, nomeadamente através de formações de suporte básico e avançado de vida, mas também através da Pós-graduação em Urgências e Emergências Neonatais e Pediátricas. Estes conhecimentos são colocados em prática em diferentes situações de prestação de cuidados em contexto de Serviço de Observação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4

<p>E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p>	<p>E2.2.1 – Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem</p> <p>E2.2.2 – Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.</p> <p>E2.2.3 – Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p>	<p>A aplicação e utilização de instrumentos de auto e hetero avaliação são parte integrante da prestação de cuidados, bem como o recurso a medidas de alívio de dor não farmacológicas e farmacológicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
<p>E2.3 – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.</p>	<p>E2.3.1 – Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem adequadas.</p> <p>E2.3.2 – Procura vidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.</p>	<p>O contacto prévio com algumas situações de doenças raras levou à aquisição de conhecimentos acerca de algumas doenças raras (diagnosticadas no período neonatal). A aquisição de conhecimentos é realizada através de pesquisa bibliográfica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4

<p>2.4 – Providencia cuidados à criança/jovem promotor da maioria dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.</p>	<p>E2.4.1 – Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem.</p>	<p>A massagem e o toque terapêutico atuam como terapias complementares às quais recorro, havendo um conhecimento de outras terapias complementares que são, por vezes, utilizadas pelos pais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 [] 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 [] 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 [] 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 [] 4
<p>E2.4.2 – Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem.</p>	<p>E2.4.3 – Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.</p>		

<p>E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiente/incapacidade.</p>	<p>E2.5.1 – Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.</p> <p>E2.5.2 – Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de <i>coping</i> e adaptação.</p> <p>E2.5.3 – Promove a relação dinâmica com crianças/ jovens e famílias com adaptação adequada.</p> <p>E2.5.4 – Adequa o suporte familiar e comunitário.</p> <p>E2.5.5 – Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.</p> <p>E2.5.6 – Referencia crianças/ jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.</p>	<p>O diagnóstico de situações especiais da criança (por exemplo, diabetes inaugural) leva ao desenvolvimento de cuidados e atividades na capacitação da criança/ jovem e família na adaptação à nova situação de saúde, promovendo estratégias de coping (por exemplo, recursos a figuras de referência da criança/ jovem e família). Também nesta situação a mobilização de recursos na comunidade e cuidados de saúde primários é uma realidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
--	---	--	---

Competência E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança: Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Quadro 12: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem – Competência E3

Unidades de competência	Evidência (s) do exercício profissional	Nível de competência percebido
<p>Critérios de avaliação</p> <p>E3.1.1 – Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.</p>	<p>A avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil durante o internamento nem sempre é fácil, contudo, existe uma prestação de cuidados atenta, durante a qual é realizada: anamnese junto aos pais/ cuidadores, avaliação antropométrica e observação do desenvolvimento. Neste contexto, são também realizados ensinamentos e dadas informações (de acordo com as diferentes faixas etárias), a fim de maximizar todo o potencial de desenvolvimento da criança/jovem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4

E3.2.1 – Avalia o desenvolvimento da parentalidade.	<p>A prestação de cuidados ao cliente pediátrico é negociada e os cuidados prestados pelos pais são planeados. Contudo, pelas alterações dos padrões familiares, torna-se necessário aprofundar esta competência.</p> <p>Os cuidados são planeados mediante as necessidades das crianças e pais, sendo proporcionado espaço para esclarecimento de dúvidas, escuta atenta e prestação de apoio emocional.</p> <p>A promoção da amamentação é uma prática da prestação de cuidados, mantendo-me atualizada e dando continuidade à formação de Conselheira em Aleitamento Materno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
E3.2.2 – Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.		
E3.2.3 – Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.		
E3.2.4 – Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.		
E3.2.5 – Promove a amamentação.		
E3.2.6 – Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.		
E3.2.7 – Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.		
<p>F3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.</p>		

<p>E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p>	<p>E3.3.1 – Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança / jovem e família.</p> <p>E3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.3.3 – Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança/ jovem.</p>	<p>A prestação de cuidados é mediada por uma comunicação apropriada à faixa etária da criança; as informações transmitidas são claras e concisas, com vista à compreensão da criança/jovem e família. Os cuidados são prestados com respeito pelas crenças, valores e cultura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4
<p>E3.4 – Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.</p>	<p>E3.4.1 – Facilita a comunicação expressiva de emoções.</p> <p>E3.4.2 – Reforça a imagem corporal positiva se necessário.</p> <p>E3.4.3 – Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.</p> <p>E3.4.4 – Reforça a tomada de decisão responsável.</p> <p>E3.4.5 – Negoceia contrato de saúde com o adolescente.</p>	<p>A prestação de cuidados ao adolescente adquire contornos particulares no Internamento de Pediatria onde presto cuidados. Além de um plano de cuidados delineado com o próprio, no qual o incentivo e reforço da sua crescente responsabilidade ocorre, a sua privacidade e expressão de sentimentos é respeitada e salvaguardada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios: 1 – 2 – 3 – 4 • Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito: 1 – 2 – 3 – 4 • Experiência de mobilização em situação clínica: 1 – 2 – 3 – 4 • Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experimental): 1 – 2 – 3 – 4

**APÊNDICE 3: OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS TRANSVERSAIS AOS
ESTÁGIOS**

APÊNDICE 3: OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS TRANSVERSAIS AOS ESTÁGIOS

A fim de orientar as atividades a realizar nos diferentes contextos de estágio, foram estabelecidos dois objetivos gerais, sendo delineados objetivos específicos para cada um destes objetivos gerais.

Para o primeiro objetivo geral, “Desenvolver competências específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do jovem” estabeleceram-se como objetivos específicos:

- Conhecer a dinâmica orgânico-funcional, referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática de enfermagem nos diferentes contextos de estágio;
- Observar¹², de forma participante, os cuidados de enfermagem à criança/jovem e família nos diferentes contextos de estágio;
- Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família nos diferentes contextos de estágio e em diferentes situações de saúde/ doença;
- Promover a minimização do impacto da hospitalização da criança/família perante a experiência de internamento hospitalar;
- Identificar as necessidades dos pais, em termos de informação, para a promoção da saúde e prevenção de doença, das crianças/jovens;
- Manter uma postura reflexiva contínua perante as situações observadas e experienciadas;
- Elaborar reflexão escrita sobre as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria adquiridas nos diferentes contextos de estágio (Relatório de estágio).

Relativamente ao 2º objetivo geral, “Adquirir competências na promoção da parentalidade positiva nos pais de crianças nascidas prematuras” tracei os seguintes objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre a promoção da parentalidade positiva como foco de atenção de enfermagem;
- Observar, de forma participante, a interação pais – crianças promotora da parentalidade;

¹² Mediante Guião Orientador para a observação, a ser desenvolvido em contexto de estágio

- Observar, de forma participante, os pares na prestação de cuidados que sejam promotores da parentalidade;
- Identificar as necessidades dos pais, em termos de informação, para o exercício de uma parentalidade positiva e promotora de saúde na criança até aos 3 anos de vida;
- Prestar cuidados de enfermagem promotores da parentalidade positiva nos primeiros 3 anos de vida.

APÊNDICE 4: PLANO DE ATIVIDADES

APÊNDICE 4: PLANO DE ATIVIDADES

Seguidamente apresenta-se o Plano de Atividades estabelecido.

Quadro 13: Plano de atividades para contexto de estágio no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)		
Atividades	Data	Recursos
Conhecer os referenciais teóricos subjacentes à prestação de cuidados deste serviço	1ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> •Enf. Tutora (ET); •Equipa de enfermagem; •Docente orientadora •Documentos, normas e protocolos do serviço •Computador com acesso a bases de dados científicas •Pesquisas bibliográficas: <ul style="list-style-type: none"> •Blarent, D., Bingham, R., Eich, C., López-Herce, J., Maconochie, I., Rodriguez-Núñez, A., . . . Zideman, D. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation •CE. (2007). <i>Parenting in contemporary Europe: a Positive Approach</i>. Council of Europe Publishing. •Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). <i>Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente</i>. Loures: Lusociência. •IPFCC. (2010). <i>Institute for Patient - and family - centered care</i>. Obtido em 14 de outubro de 2013, de Institute for Patient - and family - centered
Observação da prestação de cuidados, nomeadamente: dinâmica estrutural, organizacional, metodológica e funcional do serviço		
Pesquisa bibliográfica e leituras relacionadas com triagem e situações de urgência/ emergência	Ao longo do estágio	
Identificação das patologias e causas mais frequentes de admissão no SUP		
Construção de Guião Orientador para observação sistemática dos cuidados de enfermagem promotores da parentalidade		
Observação da prestação de cuidados pela ET que sejam promotores da parentalidade, fazendo uso do guião construído para o efeito		

<p>Prestação de cuidados em colaboração com ET e em parceria com criança/ jovem e família</p>	<p>care: www.ipfcc.org/pdf/CoreConcepts.pdf</p>
<p>Reflexão com a equipa de enfermagem sobre a prática de cuidados</p>	<p>• Kleinman, M., Charmeides, L., Schexnayder, S., Samson, R., Hazinski, M. F., Atkins, D. L., . . . Zaritsky, A. (2010). Part 14: Pediatric Advanced Life Support. In A. H. Association, <i>American Heart Association guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science</i>.</p>
<p>Eslarecimento de dúvidas, oportunamente, com a ET e restantes elementos da equipa</p>	<p>• Nunes, R. (2011). <i>Trabalho de projecto: Caracterização da Utilização da Urgência Pediátrica num Hospital da área metropolitana de Lisboa</i>. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.</p>
<p>Construção de Guião Orientador para observação sistemática dos comportamentos parentais</p>	<p>• OE. (2013). <i>Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança</i>. Obtido em Janeiro de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaofarmacologicasControloDorCrianca.pdf</p>
<p>Observação dos comportamentos parentais, fazendo uso do guião construído para o efeito</p>	<p>• OMS, & Unicef. (2008). <i>World Report on Child Injury prevention</i>. Obtido em 2 de Outubro de 2014, de OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf</p>
<p>Pesquisa bibliográfica e leituras relacionadas com técnicas de comunicação com a criança/ jovem e família</p>	<p>• Patrício, S. (2011). <i>Promoção da Parentalidade Positiva</i>. Relatório para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.</p>
<p>Desenvolvimento de estratégias de comunicação com a criança/ jovem e pais</p>	<p>• Rodrigues, C. (2011). <i>Opinião dos profissionais de saúde acerca do Livopan® em procedimentos dolorosos na criança</i>. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.</p>
<p>Utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor (massagem, toque, conforto) e farmacológicas</p>	<p>• Silva, A. M. (2009). <i>Triagem de Prioridades. Triagem de Manchester</i>. Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe, Universidade do</p>
<p>Identificação de necessidades de informação por parte dos pais, crianças/jovens</p>	
<p>Ensino, instrução e treino aos pais no sentido de responder às necessidades de informação identificadas</p>	

<p>Elaboração de Portfólio acerca de parentalidade positiva (para consulta pessoal)</p>		<p>Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tavares, P. (2008). <i>Acolher brincando. A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada</i>. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto
<p>Elaboração de síntese da experiência</p>	<p>Última semana</p>	

Quadro 14: Plano de atividades para contexto de estágio no Serviço de Internamento de Pediatria

Serviço de Internamento de Pediatria		
Atividades	Data	Recursos
<p>Conhecer os referenciais teóricos subjacentes à prestação de cuidados deste serviço</p> <p>Observação da realidade de prestação de cuidados: dinâmica estrutural, organizacional, metodológica e funcional do serviço</p> <p>Pesquisa bibliográfica e leituras relacionadas com cuidados de enfermagem no âmbito de cirurgia pediátrica e dor crónica</p> <p>Consulta dos instrumentos de avaliação da dor existentes no serviço</p> <p>Utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor</p> <p>Preparação da criança/jovem e pais para o procedimento cirúrgico (de acordo com faixa etária)</p> <p>Prestação de cuidados, em colaboração com ET, e em parceria com criança/ jovem e família</p> <p>Observação da prestação de cuidados, promotores da</p>	<p>1ª Semana</p> <p>Ao longo do estágio</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Enf. Tutora (ET); •Equipa de enfermagem; •Docente orientadora •Documentos, normas e protocolos do serviço •Computador com acesso a bases de dados científicas •Guião Orientador para observação sistemática dos cuidados de enfermagem promotores da parentalidade; •Guião Orientador para observação sistemática dos comportamentos parentais •Pesquisas bibliográficas: <ul style="list-style-type: none"> •Barros, L. (1999), <i>Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista</i> (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. •Cruz, O. (2013). <i>Parentalidade</i>. Porto: Livpsic. •DGS. (30 de outubro de 2013). <i>Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)</i>. Obtido em setembro de 2014, de Direção Geral de Saúde: http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx •Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). <i>Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente</i>. Loures: Lusociência. •Linhares, M. B., & Doca, F. N. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação

<p>parentalidade, pela Enfermeira Tutora (ET) e restantes membros da equipa, recorrendo a Guião já elaborado</p>	<p>e intervenções não farmacológicas. <i>Temas em Psicologia</i>, 18, n.º 2, pp. 307 – 325.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Lopes, M. (2012). <i>Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem</i>. Tese doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. •Magalhães, S. (2011). <i>A vivência de transições na parentalidade face ao evento Hospitalização da criança</i>. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. •Meleis, A. I. (2010). <i>Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice</i>. New York: Springer Publishing Company. •Neto, O. A. (2010). <i>Dor: Princípios e prática</i>. Artmed Editora. •OE. (2001). <i>Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem</i>. Ordem dos Enfermeiros. •OE. (2008). <i>Dor - Guia Orientador de Boa Prática</i>. Obtido em 18 de Junho de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf •OE. (outubro de 2011). <i>Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - VOLUME II</i>. Obtido em 30 de outubro de 2013, de Cadernos Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VollI.pdf •OE. (2013). <i>Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança</i>. Obtido em Janeiro de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNao
<p>Reflexão com a equipa de enfermagem sobre a prática de cuidados</p>	
<p>Esclarecimento de dúvidas, oportunamente, com a ET e restantes elementos da equipa</p>	
<p>Utilização de estratégias minimizadoras do impacto da hospitalização, adequadas à faixa etária e desenvolvimento da criança (por exemplo, brincadeira, jogos)</p>	
<p>Observação dos comportamentos parentais mediante guião elaborado anteriormente</p>	
<p>Promoção do envolvimento parental nos cuidados, negociando-os com o cliente pediátrico</p>	
<p>Apoio aos pais na tomada de decisão e prestação de cuidados</p>	
<p>Encorajamento a uma comunicação expressiva de emoções</p>	
<p>Desenvolvimento de estratégias de comunicação com a criança/ jovem e pais</p>	
<p>Identificação das necessidades de conhecimentos e aquisição</p>	

<p>sição de habilidades parentais</p>	<p>FarmacologicasControloDorCrianca.pdf</p> <ul style="list-style-type: none"> •Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). <i>O mundo da criança</i>. Lisboa: McGraw-Hill, cop. •Silva, C. (2011). <i>Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma</i>. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto 	
<p>Ensino, instrução e treino, aos pais, mediante necessidades encontradas</p>		
<p>Continuação da elaboração de Portfólio acerca de parentalidade positiva</p>		<p>Última semana</p>
<p>Elaboração de síntese da experiência</p>		

Quadro 15: Plano de atividades para contexto de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos

Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos		
Atividades	Data	Recursos
Conhecer os referenciais teóricos subjacentes à prestação de cuidados deste serviço	1ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> •Enf. Tutora (ET); •Equipa de enfermagem; •Docente orientadora •Documentos, normas e protocolos do serviço •Computador com acesso a bases de dados científicas •Guião Orientador para observação sistemática dos cuidados de enfermagem promotores da parentalidade; •Guião Orientador para observação sistemática dos comportamentos parentais •Pesquisas bibliográficas: <ul style="list-style-type: none"> •Aquino, R. (2006). <i>Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos de transição da gavagem para o peito materno</i>. Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde , Recife. •Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). <i>Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente</i>. Loures: Lusociência. •Levy, L., & Bértolo, H. (2012). <i>Manual de Aleitamento Materno</i>. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigos dos Bebés. •Linhares, M. B., & Doca, F. N. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. <i>Temas em Psicologia, 18, n.º 2</i>, pp. 307 – 325.
Observação da realidade de prestação de cuidados nomeadamente: dinâmica estrutural, organizacional, metodológica e funcional do serviço		
Pesquisa bibliográfica e leituras relacionadas com prematuridade e competências dos recém-nascidos prematuros	Ao longo do estágio	
Prestação de cuidados (em colaboração com OE) e em parceria com os pais		
Observação da prestação de cuidados, promotores da parentalidade, pelo Enfermeiro Tutor (ET) e restantes membros da equipa, mediante Guião elaborado anteriormente		
Reflexão com a equipa de enfermagem sobre a prática de cuidados		
Esclarecimento de dúvidas, oportunamente, com a ET e restantes elementos da equipa		

<p>Observação dos comportamentos parentais mediante guião elaborado no contexto anterior</p>	<p>•Moreira, M., & Lopes, J. (2004). <i>O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar</i>. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.</p> <p>•Nascimento, H. (2010). <i>A Dor no recém-nascido numa UCI: Conceções e práticas de enfermagem</i>. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.</p> <p>•Obladen, M., Metzke, B., Henrich, W., Aktas, A., Czernik, C., & Schulz-Baldes, A. (2008). Interdisciplinary surveillance of intraventricular haemorrhage associated conditions in infants <1000 g. <i>Acta Paediatrica</i>, 97.</p> <p>•OE. (setembro de 2010). <i>Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - VOLUME I</i>. Obtido em 30 de outubro de 2013, de Cadernos Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordementfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boaprat_ica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf</p> <p>•Saraiva, P., Moreira, M. H., Santos, R., & Martins, R. (janeiro/junho de 2014). Qualidade de vida do doente submetido a ventilação não-invasiva. <i>Millenium</i>, 46.</p> <p>•Secção de Neonatologia - SPP. (2008). <i>Nascer prematuro - Um manual para os pais dos bebés prematuros</i>. Obtido de Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria: http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/File/Crescimento%20e%20desenvolvimento%20-%20Consideracoes%20gerais.pdf</p> <p>•Secção de Neonatologia - SPP. (2013). Recomendação de curvas de crescimento para crianças nascidas pré-termo. Consensos e Recomendações. <i>Acta Pediátrica Portuguesa</i>, 44(2).</p> <p>•Silva, C. (2011). <i>Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma</i>. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.</p> <p>•Smith, V., Hwang, S., Dukhovny, D., Young, S., & Pursley, D. (2013). State of</p>
<p>Promoção do envolvimento parental nos cuidados, negociando-os com pais</p>	
<p>Capacitação dos pais para uma crescente autonomia na sua prestação de cuidados</p>	
<p>Apoio aos pais na tomada de decisão e prestação de cuidados</p>	
<p>Encorajamento a uma comunicação expressiva de emoções</p>	
<p>Promoção da amamentação, através da partilha das suas vantagens e benefícios para a díade mãe-recém-nascido</p>	
<p>Promoção do contacto pais-criança através de método Canguru, massagem ou toque</p>	
<p>Identificação das necessidades de conhecimentos e aquisição de habilidades, por parte dos pais, com vista ao regresso a casa</p>	
<p>Ensino, instrução e treino, aos pais, acerca de: formas de comunicação com o recém-nascido prematuro (toque, massagem) e outros para responder às necessidades</p>	

<p>identificadas</p>		<p>the art Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. <i>Journal of Perinatology</i>, 33.</p> <p>•Tamez, R. (2013). <i>Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco</i> (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.</p> <p>•Thoyre, S., Shaker, C., & Pridham, K. (2013). <i>Competências precoces na alimentação oral - Versão Reduzida (EFS - VR)</i>. (C. Nicolau, L. Marques, S. Oliveira, & T. Vasconcellos, Trans.)</p> <p>•Vasconcellos, T. (2012). Enfermagem em neonatologia. Cuidados para o desenvolvimento. In C. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - HSF, <i>Neonatologia, Manual Prático</i>. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.</p> <p>•WHO. (2013). <i>Nascimentos prematuros. Nota descritiva n.º 363</i>. Obtido em 8 de fevereiro de 2014, de http://www.who.int/topics/en/</p>
<p>Elaboração de folhetos informativos (conforme necessidade identificada), dirigidos aos pais (por exemplo, sobre vigilância de Saúde Infantil, Vacinação, Segurança no transporte)</p> <p>Identificação de redes de recursos comunitários de suporte à criança e família</p> <p>Continuação da elaboração de Portfólio pessoal acerca de parentalidade positiva</p> <p>Elaboração de síntese da experiência</p>	<p>Última semana</p>	

Quadro 16: Plano de atividades para contexto de estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

UCSP		
Atividade	Data	Recursos
Observação da realidade de prestação de cuidados, nomeadamente: dinâmica estrutural, organizacional, metodológica e funcional do serviço	1ª Semana	<ul style="list-style-type: none"> •Enf. Tutora (ET); •Equipa de enfermagem; •Docente orientadora; •Documentos, normas e protocolos do serviço; •Computador com acesso a bases de dados científicas; •Guião Orientador para observação sistemática dos cuidados de enfermagem promotores da parentalidade; •Guião Orientador para observação sistemática dos comportamentos parentais •Pesquisas bibliográficas:
Pesquisa bibliográfica e leituras relacionadas com crescimento e desenvolvimento infantil, bem como outras temáticas necessárias	Ao longo do estágio	<ul style="list-style-type: none"> •ACSS. (2014). <i>Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários no Ano de 2014</i>. Lisboa: Ministério da Saúde. •Cordeiro, M. (2013). <i>O Grande Livro do Bebê. O primeiro ano de vida</i>. A Esfera dos Livros •Decreto-Lei n.º 118/2014. (5 de Agosto de 2014). Obtido em dezembro de 2014, de Diário da República: https://dre.pt/application/file/55078714 •Decreto-Lei n.º 22/2008. (22 de fevereiro de 2008). Obtido em dezembro de 2014, de Diário da República: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DL_28_2008.pdf •DGS. (21 de dezembro de 2011). <i>Plano Nacional de Vacinação 2012</i>. Direção Geral de Saúde. Obtido de Direção Geral de Saúde. •DGS. (31 de Maio de 2013). <i>Norma n.º 010/2013 de 31/05/2013</i>. Obtido em outubro de 2013, de Direção Geral de Saúde: http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx
Realização, em parceria com OT, de consultas de vigilância de saúde infantil e vacinação		
Avaliação do desenvolvimento infantil em contexto de Consulta de Saúde Infantil, recorrendo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada		
Monitorização do crescimento infantil (por exemplo: peso, estatura, perímetro cefálico)		

<p>Registo em suporte próprio (Boletim Individual de Saúde e Sistema Informático) dos resultados de avaliação e monitorização do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, no sentido da continuidade de cuidados</p>	<p>•DGS. (31 de Maio de 2013). <i>Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil</i>. Obtido de http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx</p> <p>•Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). <i>Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente</i>. Loures: Lusociência.</p> <p>•Levy, L., & Bértolo, H. (2012). <i>Manual de Aleitamento Materno</i>. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitalais Amigos dos Bebés.</p> <p>•Linhares, M. B., & Doca, F. N. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. <i>Temas em Psicologia</i>, 18, n.º 2, pp. 307 – 325.</p> <p>•Lopes, M. (2012). <i>Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem</i>. Tese doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.</p> <p>•Magalhães, S. (2011). <i>A vivência de transições na parentalidade face ao evento Hospitalização da criança</i>. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.</p> <p>•Meleis, A. I. (2010). <i>Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice</i>. New York: Springer Publishing Company.</p> <p>•OE. (setembro de 2010). <i>Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - VOLUME I</i>. Obtido em 30 de outubro de 2013, de Cadernos Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documentos/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf</p> <p>•OE. (2013). <i>Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança</i>. Obtido em Janeiro de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf</p> <p>•Patrício, S. (2011). <i>Promoção da Parentalidade Positiva</i>. Relatório para obtenção do Grau de</p>
<p>Utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor</p>	
<p>Transmissão de informação antecipatória acerca de calendário vacinal e efeitos adversos das vacinas</p>	
<p>Observação dos comportamentos parentais mediante guião elaborado anteriormente</p>	
<p>Observação da prestação de cuidados, promotores da parentalidade, pela ET e restantes membros da equipa, mediante Guião elaborado anteriormente</p>	
<p>Identificação de necessidades de informação por parte de crianças/jovens e pais</p>	
<p>Transmissão de informação antecipatória promotora de saúde que responda às necessidades de informação dos pais (por</p>	

<p>exemplo, acerca de aquisições de desenvolvimento, diversificação alimentar, vacinação, prevenção de acidentes, entre outros)</p>		<p>Mestre em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Schechter, N., Zempsky, W., Cohen, L., McGrath, P., McMurtry, C. M., & Bright, N. (2008). Pain reduction during pediatrics immunizations: evidence-based review and recommendations. <i>Pediatrics</i>, pp. 1184 - 1198. •Silva, C. (2011). <i>Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma</i>. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. •Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. <i>Acta Paulista de Enfermagem</i>, Vol. 18, n.º3
<p>Finalização de portfólio pessoal acerca de parentalidade positiva</p>		
<p>Elaboração de síntese da experiência</p>	<p>Última semana</p>	

**APÊNDICE 5: REFLEXÃO CRÍTICA DE ESTÁGIO – SERVIÇO DE
INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

5º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Promover a parentalidade positiva em pais de recém-nascidos
prematuros**

Reflexão crítica de estágio – Serviço de Internamento de Pediatria

Discente:

Susana Martins; nº 5466

Lisboa, novembro de 2014

INTRODUÇÃO

No âmbito do 5º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, e construindo um caminho no qual a reflexão leva à constatação das competências adquiridas, elaborei esta reflexão acerca do estágio realizado num Serviço de Pediatria da área de Lisboa.

A escolha por este local de estágio baseou-se no conhecimento prévio do mesmo, constituindo-se como um contexto no qual se antecipava troca de experiências, aquisição de competências e certificação das competências já adquiridas ao longo da minha vida profissional. Apesar das suas muitas semelhanças com o meu local de trabalho e prestação de cuidados este foi um serviço que se apresentou como enriquecedor, pelas diferenças e particularidades próprias.

O referido Internamento de Pediatria é um serviço dinâmico que tem como missão a prestação de cuidados de saúde hospitalares pediátricos, médico e cirúrgicos à criança/ família, respeitando a dignidade da criança, fazendo uso eficiente dos recursos disponíveis, colaborar na formação de profissionais de elevada qualidade e desenvolver a investigação em saúde. A prestação de cuidados de enfermagem, por método individual, tem um grande enfoque não só no acolhimento ao cliente pediátrico, mas também, na preparação da criança/ família para a cirurgia e, posteriormente, para o regresso a casa. Pela elevada frequência de situações de dor crónica, é uma equipa preocupada e interventiva no controlo da dor, seja através de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Assim, estabeleci como objetivos de estágio: “Aprofundar competências nos cuidados de enfermagem no âmbito da dor crónica” e “Prestar cuidados de enfermagem no contexto de cirurgia pediátrica geral”. Nesta reflexão apresentado as atividades planeadas e executadas durante as 3 semanas de estágio, articulando com um quadro teórico que as sustente. Concluo com a reflexão das competências adquiridas de acordo com o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

ATIVIDADES REALIZADAS

Tendo em conta que o meu contexto de prestação de cuidados é muito semelhante ao Internamento de Pediatria escolhido, considero importante reforçar que ao longo do percurso de prestação de cuidados, muitas foram as aprendizagens e conhecimentos aprofundados, mas também várias foram as competências adquiridas. Assim, esta experiência já adquirida levou a um planeamento de atividades mais dirigidas à gestão dos cuidados de enfermagem no âmbito da cirurgia pediátrica e da gestão da dor crónica.

Não obstante, a prestação de cuidados ao cliente pediátrico em situações de doença aguda foi também uma realidade, implicando um planeamento e execução dos cuidados após o diagnóstico das necessidades apresentadas. A negociação dos cuidados com o cliente pediátrico e o estabelecimento de uma efetiva parceria de cuidados levou-me a uma prestação de cuidados personalizada e dirigida às necessidades apresentadas, tanto pelas crianças e jovens como pelos seus pais.

Apesar da consciência da competência a nível da “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/ jovem, otimizando as respostas” (OE, 2011 c., p. 8655), considero que a dor e sua gestão constituem-se como um dever e um indicador de boa prática, assumindo uma contínua relevância na prestação de cuidados de enfermagem a todos os clientes. Realmente e, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013, p. 17), “a dor nas crianças apresenta algumas características específicas que devem ser levadas em conta, em termos da sua compreensão, avaliação e tratamento”.

De acordo com ICN, a dor define-se por uma “aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento” (2013, p. 49). Numa perspetiva semelhante, a OE define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”, sendo uma experiência individual, subjetiva e multidimensional (OE, 2008, p. 11). Esta subjetividade e individualidade são influenciadas por diversos fatores, nomeadamente “fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais” (OE, 2008, p. 11).

Neste sentido, a avaliação e quantificação da dor assume-se como difícil, mas essencial para o seu controlo. Considerando que estes são específicos do cuidado de enfermagem, fizeram parte integrante dos planos de cuidados que elaborei (OE, 2008). Assim, mobilizei o conhecimento sobre a situação do cliente em questão, as suas particularidades inerentes mas também as atitudes terapêuticas possíveis, contribuindo para uma prestação de cuidados que privilegie a satisfação do cliente, do seu bem-estar e autocuidado.

Como referido anteriormente, um controlo eficaz da dor exige uma avaliação regular e, para tal, é necessário que o cliente pediátrico, com especial enfoque na criança/ jovem, seja ajudado a relatar a sua própria dor, através das questões certas, do recurso a brincadeiras, histórias ou do uso de escalas apropriadas. Obviamente que tive em atenção as crianças que, pela sua idade ou etapa de desenvolvimento ainda não conseguem verbalizar a dor (bem como naquelas que por diversas razões não o conseguem fazer), a avaliação recaiu sobre uma atenta observação e interpretação do seu comportamento (Neto, 2010). Para tal, recorri aos cuidadores principais para validar as conclusões retiradas, pois pela convivência espacial e temporal é-lhes atribuída, a capacidade de monitorizar e compreender o comportamento das crianças/ jovens (Cruz, 2013), mas também a escalas de avaliação apropriadas que objetivam a dor sentida pela criança (OE, 2013).

Denota-se que as escalas de auto e heteroavaliação da dor assumem-se como aliadas no cuidado de enfermagem. São inúmeras as escalas existentes, devendo ser privilegiadas, como anteriormente referido, o autorrelato e as escalas de autoavaliação (OE, 2008). No serviço de Pediatria, onde o estágio foi realizado, estão institucionalizadas escalas de auto e heteroavaliação, nomeadamente: Escala Numérica, Escala de Faces, Escala Quantitativa, Escala Nips (*Neonatal Infant Pain Scale*), Escala Flacc (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) e Escala Ops (*Objective Pain Scale*). Contudo, esta última não é utilizada, sendo substituída pela escala Flacc: existindo 2 motivos para tal. Na escala OPS, um dos itens a avaliar é a tensão arterial, cuidado este que nem sempre é pertinente e confortável na presença de dor e, por outro lado, a Escala Flacc é de aplicabilidade semelhante, não colocando qualquer constrangimento na sua aplicação.

A identificação da dor é essencial para decidir acerca das estratégias dirigidas ao seu alívio. Estas estratégias, farmacológicas ou não farmacológicas, devem ser utilizadas de forma coordenada e interdisciplinar, mas também tendo em conta os fatores que influenciam a dor na criança (OE, 2008). As estratégias não farmacológicas de alívio da dor são um importante recurso, especialmente quando são usadas várias em simultâneo, tendo como objetivo prevenir, controlar ou diminuir a intensidade de um processo doloroso leve (OE, 2008; OE, 2013). A escolha destas estratégias decorre dos recursos disponíveis e sensibilidade da criança à dor, bem como, de acordo com as suas preferências e habilidades, com o desenvolvimento cognitivo, estratégias de *coping*, tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico) e suas características da dor (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva) (OE, 2013).

A avaliação da dor foi uma constante, não apenas pelo seu reconhecimento como 5º Sinal Vital. Das medidas não farmacológicas mais utilizadas aponta-se a gestão de ruído, luminosidade, gestão de procedimentos, nomeadamente pela articulação dos procedimentos potencialmente dolorosos com o sono/ repouso ou horário das alimentações, sempre que possível, mas também manipulação mínima e utilização de movimentos suaves, especialmente nas crianças recém-nascidas e lactentes.

Neste contexto de estágio específico, pelo facto de prestar cuidados a crianças/ jovens em situação de dor crónica (crises vaso-oclusivas), além das medidas anteriormente referidas, também a aplicação de calor, o recurso à distração e/ou brincadeira foram utilizadas (com a ressalva de que estas medidas foram geridas de acordo com a tolerância da criança às mesmas).

A dor crónica, pelo facto de ser persistente e impactante na qualidade de vida, potenciando sequelas psicológicas, isolamento e envolvimento da família/ cuidadores, deve ser encarada como uma doença e não apenas como um sintoma. Assim, foi necessário o estabelecimento de um plano terapêutico capaz de ser reajustado de acordo com as reavaliações realizadas, sendo condição essencial envolver o cliente, uma vez que este é o melhor conhecedor da sua dor e das respostas obtidas perante os cuidados prestados (DGS, 2013).

A administração de terapêutica analgésica, em contexto de dor crónica, assume uma relação de complementaridade com as estratégias não farmacológicas de alívio da dor, em que ambas não podem ser substituídas ou negligenciadas. Neste sentido, foi administrada terapêutica prescrita com base na Escada Analgésica proposta pela Organização Mundial de Saúde, assente em 3 degraus consoante a intensidade da dor (Neto, 2010), reavaliando os seus resultados e reestruturando o plano de cuidados sempre que necessário.

No entanto, considero que uma das medidas mais importantes para as crianças/jovens foi a presença dos seus pais. Esta presença assumiu uma particular importância, pois constituiu-se como um elemento essencial nos cuidados à criança/jovem e, conseqüentemente, no processo de gestão da dor dos mesmos. Os pais, pelo seu extenso conhecimento da criança/ jovem, conjuntamente com a descrição desta, auxiliaram-me na clarificação da dor da criança e proporcionaram-me orientação acerca das melhores estratégias a utilizar. Contudo, considerei sempre que a presença dos pais não deve ser encarada como obrigatória, mas devidamente esclarecida, negociada e aceite pelos mesmos, o que ilustra os fundamentos da filosofia dos cuidados centrados na família.

A “maioria dos pais prefere estar presente durante os procedimentos dolorosos e para a criança esta presença também é desejada, tornando-se menos ansiosa e mais segura” (OE, 2013, p. 18). Contudo, o que pude verificar é que nem sempre a presença dos pais é linearmente benéfica, pois a sua própria ansiedade, perante determinados procedimentos, causou algumas dificuldades, deixando criança ainda mais agitada. Assim, a preparação do cliente pediátrico para a realização de procedimentos dolorosos na criança, foi essencial para a sua tranquilidade e colaboração nos cuidados a serem prestados, nomeadamente pela transmissão de informação clara e concisa e pela negociação do momento a ser realizado. Além do referido, tive também em consideração o espaço para tomada de decisão parental no que se refere à sua presença em diferentes cuidados.

Neste SIP pude também prestar cuidados ao cliente pediátrico em contexto de cirurgia, no qual a transmissão de informação é de extrema importância. De facto, a preparação do cliente pediátrico para a cirurgia é essencial, pois apesar de ter a

“finalidade de promover a cura ou melhorar a qualidade de vida”, remete o cliente pediátrico para um sentimento de medo e perda de controlo (OE, 2011 a., p. 15). Por ser desconhecida para a maioria das crianças/jovens e pais, a cirurgia gera inúmeras dúvidas e incertezas, nomeadamente na mente infantil que facilmente deixa a sua imaginação libertar-se, arriscando uma distorção da realidade e, conseqüentemente, agravando o medo sentido (OE, 2013). Estes medos surgem de forma e em circunstâncias diferentes, consoante a idade e estadio de desenvolvimento, salientando-se o medo pela separação dos pais ou presença de estranhos.

Neste sentido e, tendo conta que a preparação do cliente pediátrico para a cirurgia é uma intervenção autónoma dos enfermeiros, apesar de necessariamente inserida numa prestação de cuidados multidisciplinar (OE, 2001; OE, 2011 a.), torna-se essencial colocar em prática estratégias de minimização da ansiedade e medo da hospitalização/ cirurgia, tendo por base a especificidade do cliente pediátrico, nomeadamente a sua idade ou tipo de cirurgia (OE, 2011 a.). Assim, tive necessidade de adequar o vocabulário utilizado nos diálogos com as crianças, de proporcionar-lhes tempo e espaço para poder observar e, até manusear alguns materiais potencialmente mais assustadores (OE, 2011 a.). Contudo, a estratégia mais utilizada neste contexto de estágio foi a presença dos pais, até porque a separação destes é um dos medos mais transversal na idade pediátrica.

A preparação parental para a cirurgia que coloquei em prática baseou-se no fornecimento de informação clara e concisa, bem como no ensino, instrução e treino de estratégias gestoras do medo e ansiedade parental e que podem ser também ensinadas às crianças/ jovens. Desta forma, os pais estarão aptos para colaborar efetivamente na preparação das suas crianças (OE, 2011 a.). Efetivamente, uma preparação dirigida às necessidades específicas de cada família, pode contribuir para uma vivência mais tranquila desta situação de crise, potenciando o crescimento e o desenvolvimento cognitivo e emocional do cliente pediátrico (OE, 2011 a.).

Portanto, é importante referir a necessidade de uma efetiva comunicação com o cliente pediátrico, recorrendo a diferentes estratégias, tal como aconteceu neste contexto de estágio. No que se refere à comunicação com os pais, foi essencial a clareza no discurso e disponibilidade para responder às suas questões e dúvidas. Consi-

dero que a informação transmitida antecipadamente, bem como a valorização do que foi dito pelos pais, levou ao estabelecimento de relações de empatia que mediaram também a comunicação estabelecida com as crianças/ jovens. O facto de dominar os instrumentos de avaliação da dor, as informações relativas às intervenções cirúrgicas e a capacidade de reformulação da informação transmitida, por forma a ser facilmente entendida e interpretada pelo cliente pediátrico, foram também facilitadores do estabelecimento de uma comunicação eficaz, que se repercutiu na compreensão e uso das diferentes escalas de autoavaliação da dor utilizadas bem como nos cuidados pré e pós-cirúrgicos.

Em relação a estes cuidados e, tendo em conta que a maioria das cirurgias foram em contexto de otorrinolaringologia, as orientações de cuidados em ambulatório assumiram um papel preponderante. Em algumas circunstâncias, informações e ensinamentos anteriormente transmitidos necessitaram de validação e reformulação para uma melhor compreensão, mas na totalidade dos clientes cuidados, houve necessidade de ensino e instrução de cuidados importantes na recuperação da criança/ jovem. Alguns destes cuidados relacionam-se com o repouso, monitorização de temperatura corporal ou vigilância de perdas hemorrágicas, mas também na gestão da dieta. Perante algumas crianças que contestam determinados cuidados impostos pela situação de saúde/ recuperação de doença e alguns pais que questionavam a sua manutenção, precisei reforçar a necessidade desses mesmos cuidados (tendo em conta as implicações de não os manter). Para tal, recorri a uma atitude firme e assertiva, mantendo contudo, o carinho e afeto que me é próprio. Também neste âmbito, pude incentivar os pais a uma atitude igualmente firme e de assertividade, e a uma componente disciplinar coerente, compassiva e compreensiva face aos cuidados parentais planeados e considerados necessários.

SÍNTESE FINAL

Este estágio, apesar de curto em duração, e ser realizado num serviço em muito semelhante ao meu contexto de trabalho, foi um contexto enriquecedor pela partilha de experiências, mas também pela possibilidade de prestação de cuidados ao cliente pediátrico em situação de dor crónica e em situação de pré e pós-operatório.

Da reflexão apresentada, considero importante sublinhar a confirmação de competências já anteriormente constatadas, mas também a consolidação de outras. Realmente, este estágio contribuiu para a consolidação de competências no que se refere à assistência ao cliente pediátrico “no sentido da maximização da sua saúde” através da implementação e gestão de um plano em parceria, promotor da parentalidade, após um diagnóstico precoce e intervenção atempada, não só nas doenças mais comuns, mas igualmente nas situações que possam afetar a qualidade de vida da criança (OE, 2011 c., p. 8654).

A experiência de hospitalização/ internamento é geradora de *stress* e ansiedade para o cliente pediátrico, na medida que o defronta com a preocupação pelo estado de saúde da criança/ jovem, mas também pelo desconhecido que rodeia o contexto hospitalar (OE, 2011 a.; Hockenberry & Wilson, 2014). Pelo facto dos enfermeiros estarem muito próximos dos seus clientes, têm o dever de os acolher de forma calorosa e minimizadora da ansiedade associada ao internamento (Hockenberry & Wilson, 2014). Portanto, a experiência de internamento pode ser também uma oportunidade para o estabelecimento de relações positivas com os enfermeiros, detentores de conhecimentos específicos relativamente ao desenvolvimento infantil e, portanto, prestadores de cuidados específicos e dirigidos às suas necessidades (Lopes M. , 2012; Hockenberry & Wilson, 2014).

De acordo com Lopes (2012), o exercício da parentalidade demanda conhecimentos, competências, atitudes e habilidades, pois a preparação para diferentes situações e os conhecimentos tornam os pais mais capazes de superar adversidades. Também os conhecimentos obtidos possibilitam a compreensão da criança, nomeadamente acerca das diferentes fases de desenvolvimento, como cuidar e disciplinar

da forma mais adequada à criança e a proporcionar um ambiente seguro, estimulante e responsivo ao melhor interesse da criança (Lopes M. , 2012).

Para tal, é essencial o desenvolvimento de capacidades de comunicação por parte dos enfermeiros e, tal foi também uma das competências validadas e aprimoradas durante o estágio. Realmente e, recorrendo ao Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, houve a prestação de “cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, nomeadamente através de uma comunicação “com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”, respeitando as diferentes faixas etárias, desde o recém-nascido até ao adolescente (OE, 2011 c., p. 8655).

Como foi referido ao longo desta reflexão e, no sentido de responder aos objetivos traçados, a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem”, através de uma otimização de respostas, pautou grandemente a prestação de cuidados, mobilizando conhecimentos no que respeita a estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor.

Em suma, observa-se a confirmação e aquisição de competências de enfermeiro especialista, mas é necessário sublinhar também a aquisição de conhecimentos e competências na promoção de uma parentalidade positiva, nomeadamente através de uma prestação de cuidados individualizada perante a idade e etapa de desenvolvimento, mas também através da capacitação dos pais para a compreensão dessas mesmas especificidades dos seus filhos em situação de doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- DGS. (30 de outubro de 2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Obtido em setembro de 2014, de Direção Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- ICN. (2013). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2011*. Geneve: International Council of nurses.
- Lopes, M. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem*. Tese doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Neto, O. A. (2010). *Dor: Princípios e prática*. Artmed Editora.
- OE. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido em 18 de Junho de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- OE. (outubro de 2011 a.). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - VOLUME II*. Obtido em 30 de outubro de 2013, de Cadernos Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VoIII.pdf
- OE. (2011 c.). *Regulamento n.º 123/2011*. Obtido em 20 de fevereiro de 2011, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf
- OE. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Obtido em Janeiro de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

**APÊNDICE 6: ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA
DOR**

APÊNDICE 6: ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR

As estratégias não farmacológicas para alívio da dor têm várias classificações, que se apresentam no quadro seguinte:

Quadro 17: Classificação e exemplos de medidas não farmacológicas para alívio da dor (para o cliente pediátrico)

Classificação	Descrição	Exemplos
Comportamentais	Referem-se a comportamentos que promovem o alívio da dor	Relaxamento
Cognitivas	Recorrem a métodos mentais para lidar com a dor	Fornecimento de informação prévia
Cognitivo-comportamentais	Recorrem a estratégias em que é associada cognição e comportamento no sentido de modificar a perceção da dor e melhoram a capacidade para a enfrentar	Distração; Imaginação guiada, visualização; Sucção não nutritiva
Físicas ou periféricas	Diminuem a intensidade do estímulo doloroso, da reação inflamatória e da tensão muscular	Aplicação de calor/ frio; Posicionamento: fletido ou alongamento do membro com dor, alinhamento apropriado para recuperação da lesão, recurso a ninhos de posicionamento; Toque/ massagem superficial
Suporte emocional	Existe a necessidade da presença de algo/ alguém significativo que proporcione conforto	Presença de pais/ cuidadores; Objeto de segurança; Toque
Ambientais	Melhoria das condições ambientais	Otimização da luz, ruído, temperatura

Adaptado de: Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.OE. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido em 18 de Junho de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>; OE. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Obtido em Janeiro de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf;

APÊNDICE 7: GUIA ORIENTADOR PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

5º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Guia Orientador para a Promoção da Parentalidade Positiva em
pais de crianças prematuras**

Susana Maria Mata Martins

2015

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP – American Academy of Pediatrics

CDC – Center for Disease Control and Prevention

CE – Conselho Europeu

DGS – Direção Geral de Saúde

IC – Idade Corrigida

ICN – International Council of Nurses

IG – Idade Gestacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

MTSS – Ministério do Trabalho e da Segurança Social

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido prematuro

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

UCIIN – Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

Introdução	4
1. Fundamentação	7
1.1. <i>Parentalidade Positiva</i>	7
1.2. <i>A criança prematura</i>	15
2. Estratégias promotoras da Parentalidade Positiva nos pais de RNPT ...	29
Referências bibliográficas	40
Anexos	XLIV
Anexo 1: Classificação da maturidade neuromuscular e física do RN.....	XLV
Anexo 2: Classificação do RNPT em função da relação peso-IG	XLVII
Anexo 3: Curvas de avaliação do crescimento do RNPT	XLIX
Apêndices	LII
Apêndice 1: Competências sensoriais do RN	LIII

INTRODUÇÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem emprega na sua prestação de cuidados um modelo no qual o cliente pediátrico, consistindo como a criança/jovem e família, é o alvo dos seus cuidados. Com o objetivo de “promover o mais elevado estado de saúde possível”, este profissional presta cuidados à criança e “proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (OE, 2011 b., p. 8653).

A parentalidade é uma temática amplamente estudada e de grande relevo na sociedade atual pela repercussão no futuro da mesma, sendo também descrita como uma das mais importantes transições na vida das pessoas. De facto, com o nascimento de uma criança e, especialmente do primeiro filho, inicia-se uma nova fase no ciclo de vida familiar, modificando a identidade, os papéis e as funções dos pais e restantes familiares. E, se o nascimento for prematuro, a transição para a parentalidade pode ser acrescida de dificuldades, tanto pela componente emocional associada ao nascimento inesperado, mas também pela perceção de fragilidade e de risco de vida da criança.

A taxa de natalidade tem vindo a decrescer ao longo dos anos e o número de nascimentos prematuros está a aumentar (OE, 2011 a.). Logo existem cada vez menos nascimentos e uma maior incidência de filhos únicos, nos quais são concentradas largas expectativas e recursos (Lopes M. , 2012; Cordeiro, 2013). Tal, dependendo do modelo parental, pode levar ao desenvolvimento de uma componente onipotente da personalidade. No recém-nascido prematuro (RNPT), esta concentração de expectativas e de recursos, aliada à visão de fragilidade e à componente emocional associada ao nascimento antecipado, leva a que muitos pais superprotejam as crianças, limitando-as nas suas atividades de exploração e experimentação, o que pode comprometer o seu desenvolvimento.

Os cuidados de enfermagem, no que respeita à parentalidade, transição para esta e desenvolvimento da criança, assumem a responsabilidade decorrente do mandato social da profissão, pois a Enfermagem tem o objetivo primordial de cuidar, o que, significa estar com o outro nas mudanças da vida, como o nascimento de um filho,

que implicam crise, rutura (Collière, 2003) e, conseqüentemente uma transição de papeis (Meleis, 2010).

Importa então, capacitar e empoderar os pais para cuidar da criança prematura e para uma transição saudável para o exercício de uma parentalidade positiva. Esta consiste num comportamento parental, baseado no melhor interesse da criança e comporta um envolvimento parental com a criança e trocas afetivas mas também sensibilidade parental no que respeita às necessidades do seu filho, estabelecendo limites e regras coerentes. Uma mestria dos enfermeiros é o reconhecimento das competências parentais naturais para cuidar das crianças e facilitar a aquisição ou ajustamento de novas habilidades e competências dos pais, face à situação específica da criança e promovendo a sua saúde. Tal como também é a promoção do desenvolvimento infantil e a promoção de saúde, não só da criança mas também da família, conduzindo a uma prestação de cuidados centrada na família.

Os primeiros anos de vida são essenciais ao crescimento e desenvolvimento infantil, nos quais as crianças são participantes ativos conjuntamente com os seus pais/ cuidadores (Vilaça, 2012; Hockenberry & Wilson, 2014). O desenvolvimento de laços afetivos entre criança e pais inicia-se durante a gravidez e decorre ao longo da vida da criança, no entanto, apontam-se os 3 primeiros anos de vida como essenciais (AAP, 2010; Lopes M. , 2012; Hockenberry & Wilson, 2014). Tal justifica-se por alguns factos: é neste período que ocorre um crescimento acelerado, juntamente com um considerável desenvolvimento cerebral e que interferem grandemente na aprendizagem, coordenação motora, equilíbrio e destreza (AAP, 2010; Lopes M. , 2012; Hockenberry & Wilson, 2014).

Tendo por base o que atrás foi referido elaborei este guia destinado a todos os enfermeiros que prestam cuidados ao cliente pediátrico, desde o seu nascimento até aos 3 anos de vida. A sua finalidade é: promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente pediátrico, desde o nascimento prematuro aos 3 anos de vida. Os objetivos são:

- Promover o papel do enfermeiro nas transições vivenciadas desde o nascimento da criança prematura até aos 3 anos de vida;

- Sublinhar a importância da promoção da parentalidade positiva, impacto na vivência da mesma e no crescimento e desenvolvimento da criança nascida prematura;
- Sistematizar estratégias promotoras da parentalidade positiva ao longo dos primeiros 3 anos de vida da criança nascida prematura.

Este documento está organizado por capítulos. No primeiro, é abordado o conceito da Parentalidade positiva, bem como os princípios, recomendações e dificuldades para o exercício da mesma. O segundo capítulo apresenta a criança, desde o seu nascimento prematuro até aos 3 anos. Ainda neste capítulo, apresentam-se as competências esperadas durante os 3 primeiros anos de vida, organizadas por faixa etária, recorrendo à Escala de Avaliação das Competências de Desenvolvimento Infantil – *Schedule Growing Skills II* (OE, 2011 a.). O último capítulo consiste na compilação de cuidados que se traduzem em orientações e estratégias promotoras de uma parentalidade positiva, não podendo ser encarado como um conjunto de regras rígidas a serem obrigatoriamente seguidas. De facto, estas orientações/ estratégias podem ser colocadas em prática por enfermeiros ou sugeridas por estes aos pais consoante as necessidades identificadas, tendo em conta a individualidade do cliente pediátrico em causa.

1. FUNDAMENTAÇÃO

1.1. Parentalidade Positiva

A parentalidade e seu exercício assumem uma importância fulcral pela sua influência no crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil e, conseqüentemente pela promoção de saúde e bem-estar da criança em particular, e da sociedade em geral (Gage, Everett, & Bullock, 2006). Assim, compreende-se que a parentalidade seja descrita como a “tarefa mais desafiante e complexa da vida adulta” (Zigler, 1995, cit. in Cruz, 2013, p. 14).

Várias são as definições de parentalidade, nas quais se salienta o papel parental no cuidado, educação, segurança, promoção do pleno desenvolvimento e crescimento das crianças. Segundo Bayle (2005, p. 322) “a parentalidade (do latim *parentâ-le*) é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s)”. Cruz (2013, p. 14) define parentalidade como o conjunto de ações realizadas “pelos pais junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento de forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade”.

Nesta perspectiva, os pais são os principais responsáveis pela educação das crianças e constituem-se, também, como a “influência mais crucial na aquisição de valores pela criança”(Cruz, 2013, p. 14). De facto, pela centralidade do papel parental, é aos pais que, socialmente é atribuída a responsabilidade pela educação das crianças e é também aos pais que, pela afetividade dominante no relacionamento, é atribuída uma posição singular na aquisição de padrões sociais e valores pela criança. Mais ainda, pela convivência espacial e temporal, é atribuída aos pais a capacidade de monitorizar e compreender o comportamento dos seus filhos (Cruz, 2013).

Canavarro & Pedrosa (2005) seguindo a linha de abordagem da Teoria da Vinculação, sublinham a componente relacional entre pais e filhos, centrando a parentalidade na edificação de uma relação entre a criança, que procura segurança, e seus pais, que lhe oferecem proteção; a parentalidade é vista “como um encontro” ou como a “aprendizagem de uma dança sincronizada” entre pais e criança (p. 227).

O International Council of Nurses (ICN, 2013, p. 64) define parentalidade como

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

Deste último conceito, surgem 3 vertentes: responsabilidade parental, comportamentos parentais e expectativas de quem rodeia pais e criança/jovem perante comportamentos parentais “adequados ou inadequados”. No que respeita a comportamentos inadequados, destacam-se situações de maus-tratos ou de agressão (CE, 2006; 2007), mas também comportamentos de superproteção (Bernardo, 2012). Surge, então, a necessidade de apoiar estes pais e promover uma parentalidade positiva.

Pelas definições anteriormente apresentadas, denota-se que a parentalidade tem, na generalidade, uma atitude “positiva e encorajadora”. No entanto, a parentalidade positiva “reforça o uso do amor, do apoio e de um ambiente de respeito no crescimento da criança” (Lopes M. , 2012, p. 38).

O Conselho Europeu (CE), através da sua 19ª Recomendação, define parentalidade positiva como o papel desempenhado pelos pais, no sentido de cuidar e educar os seus filhos, centrando-se na dinâmica pais-criança com o propósito do desenvolvimento, crescimento e autorrealização desta última. De acordo com esta definição do CE, o enfoque da parentalidade positiva assenta no desenvolvimento de um relacionamento positivo e de comportamentos parentais tendo por base o melhor interesse da criança, reforçando uma atitude não violenta, fortalecendo e nutrindo com amor mas também proporcionando reconhecimento e orientação através do estabelecimento de limites a fim de garantir o pleno desenvolvimento da criança (CE, 2006). Neste sentido, a parentalidade positiva permite que a criança adquira e reforce a sua autoestima, autoconfiança e participe na otimização do seu crescimento (AAP, 2010). O conceito de parentalidade positiva vem conferir aos pais a responsabilidade pela proteção da criança e respeito pela sua dignidade, mas também, pela manutenção de um ambiente familiar seguro e acolhedor no qual existe um empenho mútuo no crescimento e desenvolvimento da criança.

A parentalidade positiva já havia sido descrita em 1996 por Birche (cit. in Fielden & Gallagher, 2008) como envolvendo um processo de utilização de habilidades

construtivas e atitudes para apoiar, incentivar e auxiliar no desenvolvimento e gestão dos comportamentos da criança. Realmente, a parentalidade positiva facilita a compreensão dos comportamentos das crianças e, por conseguinte, coadjuva o desenvolvimento de habilidades na tomada de decisão parental e permite o desenvolvimento de confiança na sua própria parentalidade (Lopes M. , 2012).

O conceito de parentalidade positiva não negligencia o cuidado com os próprios pais, reconhecendo a necessidade dos mesmos se sentirem bem consigo próprios e, portanto, incentivando a que mantenham o contacto com amigos e familiares, mantenham momentos de lazer e *hobbies* (AAP, 2008).

Princípios e recomendações para o exercício da parentalidade

Assentes na Convenção dos Direitos da Criança e subjacente à parentalidade positiva estão recomendações e princípios de titularidade de direitos e deveres dos pais e crianças, em que ambos assumem um potencial natural e pluralista e em que ambos formam uma parceria fundamental para a otimização do potencial de desenvolvimento da criança (CE, 2007; Patrício, 2011; MTSS, Concelho Consultivo das Famílias, 2011).

Os princípios traduzem-se em políticas e medidas de apoio à parentalidade:

1. “Reconhecer todas as crianças e todos os pais como titulares de Direitos e sujeitos a obrigações;
2. Reconhecer os pais como primeiros e principais responsáveis pela criança devendo respeitá-la de acordo com os seus direitos. Cabe ao Estado intervir para proteger a criança;
3. Reconhecer como positiva e necessária a cooperação entre os pais e outros agentes de socialização das crianças, nomeadamente o próprio Estado;
4. Assegurar que os pais e as crianças sejam envolvidos na elaboração e aplicação das políticas e medidas que lhes são destinadas;
5. Promover a igualdade de oportunidades de ambos os progenitores no exercício da parentalidade positiva, no respeito da sua complementaridade;
6. Reconhecer a necessidade de condições de vida que permitam aos pais a sua realização pessoal e que sejam adequadas ao exercício da parentalidade positi-

va, nomeadamente a independência social e económica e o acesso aos bens e equipamentos de apoio às famílias;

7. Respeitar as diferentes formas de parentalidade e de situações parentais através de uma abordagem pluralista;

8. Reforçar a parentalidade positiva através de mecanismos incentivadores que aproveitem o potencial natural dos pais;

9. Conceber os mecanismos de reforço à parentalidade positiva numa perspectiva de longo prazo de forma a garantir a sua sustentabilidade;

10. Garantir redes adequadas de apoio à parentalidade positiva com padrões de qualidade reconhecidos e imparciais e segundo este conjunto de princípios comuns aos diversos níveis de atuação;

11. Assegurar uma cooperação intersectorial aos diversos níveis iniciando e coordenando neste domínio as ações dos diferentes agentes envolvidos, com o fim de aplicar uma política global e coerente;

12. Promover a cooperação internacional e facilitar a troca de conhecimentos, experiências e boas práticas em matéria de parentalidade positiva”(MTSS, Concelho Consultivo das Famílias, 2011).

As recomendações para uma parentalidade positiva, de acordo com o CE (2007), alicerçam-se em diversos documentos nacionais e internacionais (nomeadamente na Convenção dos Direitos da Criança) e realçam a responsabilidade pela proteção das crianças e o respeito pelas mesmas, mas também salientam a importância de um ambiente familiar seguro, acolhedor e estimulante, no qual exista um empenho recíproco de todos os seus membros. Estas são:

- Compromisso – no qual existe, da parte dos pais, a garantia de cuidados e atenção regular e personalizada aos filhos, atendendo às suas necessidades (CE, 2007). Esta recomendação toma forma, por exemplo, através do estabelecimento de rotinas diárias, nas quais os cuidados parentais e o foco na criança permitem que estas se sintam especiais, contribuindo para a construção da sua autoestima (Patrício, 2011);

- Disciplina assertiva – a educação das crianças deve assentar nos pilares da assertividade, compreensão e consistência, na qual os pais educam as suas crianças partindo de regras e limites claros, aplicando uma disciplina compassiva, sem recurso a violência de qualquer tipo (por exemplo, abolindo os castigos corporais)

(CE, 2007). Esta disciplina, assente na definição de limites, pode ser transposta para os limites estabelecidos por rolos e ninhos de posicionamento que rodeiam e organizam o RNPT, mas também pelo aconchego do colo e do toque que acalmam e o tranquilizam. As atitudes menos corretas devem ser identificadas e corrigidas, tendo em mente que o afeto entre pais e criança não sofre quaisquer alterações e que haverá, em algumas situações, uma incompreensão e irritação por parte da criança (Patrício, 2011);

- Ambiente emocional – ou seja, é assegurado um ambiente de apreço e caloroso, interessante e estimulante, mas também responsivo, com reconhecimento pelas capacidades, competências e comportamentos;

- Ambiente físico – no qual os pais procuram promover um ambiente físico saudável e organizado, onde as condições de segurança e de sanidade necessárias ao desenvolvimento integral da criança são garantidas;

- Sentido de inclusão na família – as crianças são reconhecidas como membros integrantes da família (nuclear e/ou alargada), na qual, é-lhes assegurado, pelos seus pais, o sentimento de pertença e o direito à participação na vida familiar;

- Confiança mútua – através do desenvolvimento de uma relação de proximidade, pais e criança devem olhar-se mutuamente como pessoas;

- Exemplos positivos – os pais devem constituir-se como modelos para as crianças, seja através de comportamentos, mas também através da transmissão de pensamentos emocionalmente saudáveis;

- Orientação e instrução – para os pais, é essencial investir e desenvolver as suas competências parentais, numa base permanente, no sentido de auxiliarem os seus filhos a encontrarem objetivos motivadores e, conseqüentemente auxiliarem no desenvolvimento da autonomia (através da resolução de situações e da exploração do meio, sem serem substituídos pelos pais) e responsabilização pelas conseqüências das suas ações (CE, 2007; Patrício, 2011).

Dificuldades dos pais de crianças prematuras no exercício da Parentalidade Positiva

A experiência da parentalidade não se resume apenas a um direito ou aos deveres e responsabilidades dos pais, mas imiscui-se nas suas próprias experiências como filhos e, acima de tudo, como pessoas expectantes em relação ao seu próprio desempenho. Aliás, “a consciência de que cuidar e educar um filho não constituem tarefas inatas, remete para o esforço necessário na adaptação à singularidade de cada criança e ao exercício da parentalidade, influenciado pelos diferentes contextos familiares e sociais” (Patrício, 2011, p. 12).

Tornar-se pai/mãe não diz respeito apenas ao aumento dos elementos da família, mas também a novos papéis e responsabilidades bem como a alterações nas relações entre os membros dessa família. Neste sentido, a transição para tornar-se pai ou mãe pode apresentar-se como um evento especialmente crítico, pois prolonga-se ao longo do tempo e o seu grau de sucesso tem implicações não só nos próprios pais mas igualmente na saúde e desenvolvimento dos seus filhos.

O nascimento de uma criança prematura assume-se como um marco na vida de uma família, assinalando uma fase de transição do ciclo evolutivo parental e familiar. Tal constitui-se como uma fonte de *stress* expectável e normativo, a que é acrescido um novo membro à família, levando a que haja a necessidade de adaptação aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança, factos que também exigem uma redefinição de papéis e de identidade parental (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Quando o nascimento é prematuro verifica-se uma componente emocional intensificada associada a esta precocidade e ao internamento do RNPT em Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais (UCIIN). Estas unidades, onde os RNPT permanecem até adquirirem uma estabilidade hemodinâmica, um desenvolvimento e maturação que lhes possibilite crescer no seu ambiente familiar, são frequentemente descritas como assustadoras, porque estão repletas de monitores, ruídos e alarmes, nas quais se inserem as crianças frágeis, imaturas e indefesas rodeadas por fios e aparelhos essenciais à sua sobrevivência (Gomes, 2013). Para os pais, permanecer na UCIIN assume contornos peculiares, pois pelas características do ambiente, os pais podem experienciar medo, ansiedade e impotência mas,

acima de tudo e, dependendo da situação clínica da criança, pode haver a impossibilidade de tocar, sentir e aconchegar o próprio filho (Gomes, 2013).

Durante o internamento na UCIIN e, em função da estabilidade hemodinâmica, do crescimento e desenvolvimento, as potencialidades do RNPT vão-se revelando um estímulo à interação e participação ativa dos pais nos cuidados à criança. O incentivo à permanência dos pais e prestação de cuidados, no âmbito das suas possibilidades e competências, devem ser estimulados, com o objetivo do estabelecimento de uma relação precoce pais-criança. Estimular o toque, o aleitamento materno ou o método canguru são formas de contacto que irão reforçar as relações pais-filhos. Estes cuidados podem ser iniciados pelos pais de forma lenta, tanto pelo medo de tocar no bebé visto como frágil e imaturo, mas também por se sentirem incapazes de lhes prestar cuidados, pois não se consideram detentores de conhecimentos e competências.

Apesar da expectativa parental em relação aos enfermeiros, no sentido destes prestarem cuidados de forma competente, atenta e carinhosa (Magalhães, 2011), tal não significa que haja uma substituição dos pais nos cuidados que estes podem e querem prestar. Espera-se que além dos cuidados de enfermagem necessários, os enfermeiros sejam pró-ativos no fornecimento de informação pertinente aos pais, estimulando e contribuindo para a manutenção do seu papel parental, participação e tomada de decisão nos cuidados, uma vez que a falta de informação é um dos aspectos mais preocupantes e ansiogénicos para os pais (Magalhães, 2011). Os enfermeiros agem como intermediários mas acima de tudo como colaboradores, com vista à autonomia parental. Esta partilha de conhecimentos e experiências, dos enfermeiros com os pais, possibilita um entendimento do RNPT, facilitando a transição e aquisição dos papéis parentais e, conseqüentemente o planeamento de alta e continuidade dos cuidados em casa (Meleis, 2010).

A ideia de fragilidade do RNPT tende a manter-se nos primeiros anos de vida da criança, podendo levar a uma superproteção dificultadora do seu desenvolvimento normal. Segundo Cunha e Cordeiro, cada vez mais são concentradas grandes expectativas e recursos nas crianças prematuras, observando-se que são frequentemente rodeadas por adultos que as substituem em todas as dificuldades estimu-

lando uma componente onnipotente da sua personalidade, que futuramente traz dificuldade na gestão da frustração da criança (Cunha, 2006; Cordeiro, 2013). Esta concentração de expectativas e de recursos, aliada à visão de fragilidade do RNPT e à componente emocional associada ao nascimento antecipado, leva a dificuldades no exercício de uma parentalidade positiva, traduzida por uma superproteção das crianças. Este facto conduz a uma limitação das atividades de exploração e experimentação da criança através de brinquedos e brincadeiras, normalmente mais infantis relativamente à sua faixa etária (Bernardo, 2012), o que inevitavelmente pode comprometer o seu desenvolvimento.

Da mesma forma, famílias que são em si mesmas isoladas ou que impõem à criança fronteiras demasiado estanques são incapazes de mediar a relação entre a criança e o meio que a circunda, limitando igualmente as suas capacidades de exploração e aprendizagem (Cruz, 2013).

Os primeiros 3 anos de vida são essenciais e extraordinários no que respeita ao desenvolvimento, crescimento e aquisição de competências, estando estas relacionadas com a interação da criança com o meio ambiente e com o investimento parental. Este é considerado um período de transição importante para o cliente pediátrico, pelas aquisições sequenciais no desenvolvimento das crianças, devendo ser acompanhadas e estimuladas. Impõe-se, então, aos pais redefinirem os seus papéis pela necessidade de adaptação aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança, pois têm responsabilidade e oportunidade para ajudar a criança a atingir o seu potencial de desenvolvimento (Lopes M. , 2012).

1.2.A criança prematura

Segundo a World Health Organization (WHO, 2012) em 2010, 1 em cada 10 RN do mundo foram prematuros e destes, mais de 1 milhão faleceu em consequência da prematuridade. Em Portugal e só em 2012, 8% dos recém-nascidos foram prematuros, dos quais, 1% nasceu antes das 32 semanas de idade gestacional (IG) (INE, 2013). A prematuridade é considerada a segunda causa de morte infantil abaixo dos 5 anos de idade e a principal causa de morte durante o primeiro mês de vida (WHO, 2012). É também importante realçar que muitos dos RNPT sobreviventes, viverão com sequelas de maior ou menor gravidade, estando esta relacionada com a IG¹³. Percebe-se então a razão pela qual a prematuridade é considerada uma prioridade na saúde pública (WHO, 2012).

Apesar de nascerem pequenos e de aspeto frágil, os padrões a nível de crescimento e desenvolvimento do RNPT, além de definidos e previsíveis, processam-se de forma contínua, ordenada e progressiva, sendo realizados por cada criança de forma única e pessoal, desde a concepção e, posteriormente, após o seu nascimento (DGS, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). A avaliação estado-ponderal do RNPT não se limita apenas ao momento do nascimento, mas pode e deve ser prolongada, nas consultas de vigilância de saúde infantil, conforme calendarizado pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013).

Entre as 36 e as 40 semanas de idade corrigida¹⁴ (IC) existe um crescimento físico mais acelerado e, após este período verifica-se um crescimento de recuperação denominado “catch-up growth” durante os primeiros 2 a 3 anos de vida, inicialmente em relação ao perímetro cefálico e, posteriormente ao peso e à estatura. Findo este período, as crianças nascidas prematuras acompanham o crescimento das crianças nascidas de termo, apresentando valores antropométricos dentro dos limites da normalidade (Secção de Neonatologia - SPP, 2008).

¹³ A IG é de grande utilidade, uma vez que permite antever problemas relacionados com a prematuridade e com a consequente imaturidade do RN

¹⁴ Idade que a criança, nascida prematura, teria se nascesse de uma gravidez de 40 semanas (termo) e que permite traçar um paralelismo entre recém-nascidos de termo e prematuros

É de realçar que o neurodesenvolvimento do RNPT está intimamente relacionado com a IG, é influenciado por fatores ambientais, nomeadamente pelo ambiente hospitalar, pelo contacto com os pais e família. As aquisições deste âmbito (por exemplo, sorrir, gatinhar e falar) ocorrem, nas crianças nascidas prematuras, de acordo com a IC, devendo a sua avaliação ser feita desse modo até aos 2-3 anos (Secção de Neonatologia - SPP, 2008; DGS, 2013). Alguns problemas relacionados com o neurodesenvolvimento surgem precocemente, enquanto outros só se tornam evidentes ao fim de vários meses ou anos (Secção de Neonatologia - SPP, 2008).

O período compreendido entre 1 – 3 anos de vida é frequentemente descrito como um período de intensa exploração do ambiente, durante o qual a curiosidade pelo funcionamento dos objetos assume-se como uma atividade constante. Neste período de crescimento e desenvolvimento, as crianças recorrem a períodos de mau-humor/ birras, negativismo e teimosia para explorar as suas relações com o outro e, desta forma, tentar obter algum controlo sobre o mesmo. As relações pais-crianças são especialmente importantes, durante as quais se conhecem mutuamente e ocorre uma preponderante conquista do desenvolvimento intelectual (Hockenberry & Wilson, 2014).

O recém-nascido prematuro

Por definição, RNPT é todo o indivíduo que nasce antes das 37 semanas de IG, sendo a etiologia da prematuridade complexa e multifactorial (Tamez, 2013). A IG irá ditar maiores ou menores consequências da prematuridade, sendo tanto mais graves quanto menor a idade gestacional (Hockenberry & Wilson, 2014), factos que conduzem, na grande maioria dos casos, ao prolongamento da estadia do recém-nascido em contexto hospitalar, nomeadamente em UCIIN.

O crescimento e desenvolvimento do RNPT assumem características próprias, muito dependentes da IG e pode ser avaliado através da maturidade neuromuscular e física no momento do nascimento (Anexo 1). Neste momento é também possível classificar o RNPT pelo peso¹⁵ e pela relação peso-IG (Anexo 2). A avaliação do

¹⁵ Em relação ao peso, a classificação divide-se entre baixo peso (peso ao nascer $\leq 2500g$), muito baixo peso (peso ao nascer $\leq 1500g$), extremo baixo peso (peso ao nascer $\leq 1000g$) ou macrossómico (peso ao nascer $\geq 4000g$).

desenvolvimento ponderal no RNPT remete à necessidade da utilização de curvas de referência próprias (Anexo 3)¹⁶, que proporcionam uma avaliação desde as 24 semanas de IG até às 10 semanas pós-termo, refletindo o estado nutricional intrauterino.

O meio intrauterino é o mais adequado ao desenvolvimento e maturação de todas as estruturas fisiológicas necessárias à sobrevivência do RN, sendo através do cordão umbilical e da placenta que o feto obtém todos os nutrientes e assegura as trocas gasosas de que precisa.

Um desenvolvimento cardiopulmonar adequado é fundamental à sobrevivência do recém-nascido, essencialmente do RNPT. O coração está completamente formado nas primeiras 8 semanas de gestação, pelo que o nascimento prematuro não irá influenciar o seu desenvolvimento. É de salientar que o sistema cardiovascular tem uma organização distinta nos meios intra e extrauterinos e que o seu funcionamento atua de forma coordenada com o aparelho respiratório. Impõe-se uma adaptação ao meio extrauterino que pode condicionar a estabilidade hemodinâmica, pela imaturidade e incapacidade do sistema cardiovascular para impulsionar todo o volume hemático, regular tensão arterial ou volume extracelular, mas também pela incapacidade pulmonar para assegurar as trocas gasosas necessárias ao crescimento e desenvolvimento de um organismo imaturo e com elevados gastos energéticos (Secção de Neonatologia - SPP, 2008; Tamez, 2013).

A circulação cerebral do RNPT é “pressão-passiva”, ou seja, o fluxo sanguíneo é diretamente dependente da pressão arterial sistêmica. Pela imaturidade cardiovascular anteriormente referida, eleva-se o risco de várias lesões cerebrais no RNPT, sendo tanto mais graves quanto menor for a IG (Secção de Neonatologia - SPP, 2008; Tamez, 2013).

¹⁶ As curvas para avaliação do crescimento de crianças nascidas prematuras recomendadas atualmente pela Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria são as curvas padrão de Fenton & Kim (2013), uma vez que proporciona uma comparação com o crescimento do feto da mesma IG (Secção de Neonatologia - SPP, 2013). Estas curvas, adequadas a um seguimento até às 50 semanas pós-concepcionais, encontram continuidade nas escalas atuais mais próximas ao padrão, elaboradas pela WHO e adotadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Secção de Neonatologia - SPP, 2013). Estas últimas escalas, apesar de produzidas para monitorizar o crescimento de crianças de termo até aos 5 anos, têm sido recomendadas em crianças nascidas prematuras, devendo para o efeito ser usada a IC e não a idade real (Secção de Neonatologia - SPP, 2013).

A pele do RNPT é indicativa da sua IG. Quanto menor for a IG, mais fina e gelatinosa é a pele. Esta oferece uma menor barreira e proteção às agressões do meio ambiente, de agentes químicos, terapêuticas e até mecânicas (por exemplo, remoção de adesivos, uso de ventilação mecânica,...). Além destas características, é frequente os RNPT apresentarem edema subcutâneo, o que proporciona uma diminuição da circulação sanguínea e, conseqüentemente um maior risco de lesão da pele (Tamez, 2013). Da mesma forma, a função termorreguladora está alterada, não só pela espessura da pele, mas também pela ausência de tecido adiposo (Tamez, 2013). Esta dificuldade na regulação térmica do RNPT deve-se também a uma superfície corporal relativamente grande em relação ao seu peso e a um metabolismo limitado para a produção de energia e calor. A instabilidade térmica, exemplificada por hipotermia ou hipertermia, traz conseqüências hemodinâmicas como bradicardia ou taquicardia, dispneia, irritabilidade, entre outras (Tamez, 2013). Neste sentido, os cuidados à pele do RNPT devem ser tidos em conta no planeamento dos cuidados à criança, nomeadamente a gestão do vestuário e cuidados de higiene, pois a sua função de relação mantém-se presente (Tamez, 2013).

A organização postural num ambiente muito diferente do intrauterino assume-se como um grande desafio ao RNPT. Este, pelo seu tônus muscular ainda pouco desenvolvido mas presente, apresenta-se maioritariamente hipotónico e hipocinético (Hockenberry & Wilson, 2014). A otimização do posicionamento, não apenas para conforto, deve ser efetivada no sentido da proteção da pele, mas também da promoção de um desenvolvimento neuromotor, da estabilidade hemodinâmica e de segurança. Portanto, um posicionamento em flexão, contenção e promotor de um alinhamento à linha média do RN, semelhante à posição fetal proporciona uma capacidade de auto-organização, importante para minimizar o *stress* e promover a estabilidade fisiológica (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

Após o nascimento, pela sua imaturidade e necessidade imediata de cuidados, o RNPT é sujeito a inúmeros estímulos hostis, desde procedimentos técnicos, a ruídos e luzes intensas que muito contribuem para a sua instabilidade hemodinâmica (Tamez, 2013). Realmente, o RNPT pode vir a sofrer alterações no seu desenvolvimento como resultado de unidades de cuidados intensivos demasiado estimulantes para as suas capacidades de integração do meio que o rodeia, uma vez que também o seu sistema nervoso é imaturo (Tamez, 2013). Impõe-se uma prestação de

cuidados individualizada, respeitando os ciclos de sono e repouso da criança, privilegiando uma manipulação mínima e a promoção do conforto, por exemplo, através da gestão de procedimentos invasivos (concentrando-os sempre que possível nos períodos de alerta), de luminosidade e de ruído.

Com os procedimentos invasivos ocorrem os primeiros episódios de dor. Apesar de durante muito tempo ter perdurado a noção de que RN não sentiam dor, o facto é que as estruturas responsáveis por esta sensação estão presentes entre o primeiro e segundo trimestre de gestação (Tamez, 2013). Desta forma, torna-se importante objetivar a dor, através de escalas apropriadas, e intervir na gestão da mesma. Além das medidas de conforto anteriormente referidas, pode ser colocado em prática o uso de solução açucarada juntamente com sucção não nutritiva, o toque/ contenção e o método Canguru. Este último, constituindo-se como uma intervenção autónoma do enfermeiro, além da promoção de conforto e da vinculação mãe/pai – RNPT, é uma medida que diminui os períodos de choro e agitação, proporciona uma estabilidade fisiológica, através da manutenção de uma temperatura corporal, frequência cardíaca e oxigenação estáveis, bem como ciclos de sono profundo e aumento de peso corporal (OE, 2013; Tamez, 2013).

Uma das últimas competências adquiridas pelos RNPT é a alimentação (Apêndice1), constituindo-se como um pré-requisito para a sobrevivência de qualquer criança (Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). A nutrição, compreendendo-a como o suprimento de necessidades metabólicas e energéticas, é fundamental para um crescimento e desenvolvimento adequados, nomeadamente através da manutenção de uma massa corporal e densidade óssea adequadas. A American Association of Pediatrics (AAP) recomenda para o RNPT um aporte nutricional que permita um crescimento semelhante ao que ocorreria em meio intrauterino, pelo que as exigências nutricionais são específicas destas crianças (Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). Porém, nem sempre a regulação fisiológica e as funções de sucção – deglutição – respiração envolvidas na alimentação se coordenam da melhor maneira, pelo que é importante conhecer e monitorizar as competências oro-motoras e de autorregulação dos RNPT, com o objetivo de estabelecer um plano de ação individualizado para cada criança.

O leite materno é o melhor alimento para qualquer criança, até aos 6 meses de vida, sendo mundialmente reconhecidas as suas inúmeras vantagens (Levy & Bértolo, 2012). Todavia, a nutrição dos RNPT é apenas um aspeto da alimentação. Conter, embalar e acariciar a criança durante a alimentação atribui uma componente emocional à alimentação, mas também assume-se como um cuidado organizador dos processos mentais e posturais do RNPT (Tamez, 2013).

O lactente até aos 12 meses

No primeiro ano de vida ocorre um grande crescimento estato-ponderal: o peso de nascimento poderá triplicar (ou mais) e o comprimento de nascimento pode aumentar em cerca de 50%, ocorrendo em todos os sistemas orgânicos uma maturação progressiva (Hockenberry & Wilson, 2014). No RNPT este crescimento poderá ser mais lento e está muito dependente do peso, comprimento e perímetro cefálico no momento do nascimento (Tamez, 2013).

A nível do desenvolvimento motor, cognitivo e social existe uma rápida evolução durante o primeiro ano de vida, na qual os pais têm uma especial importância. É devido à interação mútua com os seus cuidadores, pela progressiva mobilidade e expressão oral, que a criança desenvolve um sentimento de confiança no meio que a rodeia, iniciando a construção de alicerces para relações interpessoais futuras (Hockenberry & Wilson, 2014).

Este primeiro ano corresponde a um período em que a plasticidade neural, a adaptação e resposta a novos estímulos permitem um desenvolvimento em função das suas experiências, daí a importância de começar a estabelecer rotinas e regras (AAP, 2008).

De acordo com a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil – *Schedule of Growing Skills II* – as aquisições a serem apresentadas/ adquiridas, podem ser organizadas por áreas de competências, as quais se apresentam seguidamente:

•1 Mês:

—Quando em posição dorsal, a cabeça fica centrada na linha média relativamente ao tronco;

—Em suspensão ventral, a cabeça fica alinhada com o corpo, ancas em semi-extensão;

—Quando é puxado para sentar, ocorre uma queda considerável da cabeça e um controlo momentâneo da mesma quando o corpo está na vertical (antes da queda);

—Em decúbito ventral, a criança coloca a cabeça de lado, flete os membros, apresentando as ancas moderadamente levantadas e os cotovelos afastados do tronco;

—Apresenta mãos fechadas e o polegar fletido;

—Fixa, por breves momentos, uma bola a cerca de 30 centímetros de distância;

—Consegue fixar e seguir um objeto que oscila num movimento pendular de 90°;

—Faz sons guturais ocasionalmente;

—Sorri em resultado da interação social.

•**3 Meses:**

—Em suspensão ventral, mantém a cabeça acima do tronco, ancas e ombros em extensão;

—Quando puxado para sentar, ocorre pouca queda da cabeça;

—Na posição de sentado, apresenta o dorso moderadamente curvado, levantando momentaneamente a cabeça;

—Em decúbito ventral, é capaz de levantar a cabeça e a parte superior do tronco, apoiando-se nos antebraços e mantendo as ancas no plano de apoio;

—Olha para as mãos, brincando com os dedos;

—Junta as mãos, apertando as palmas uma contra a outra;

—Consegue fixar e seguir um objeto que oscila num movimento pendular de 180°;

—Converge os olhos perante a aproximação de um objeto;

—Responde à voz e som suave;

—Vocaliza quando satisfeito;

—Responde positivamente ao tratamento carinhoso;

—Demonstra agrado pela hora do banho e dos cuidados diários.

•**6 Meses:**

- Quando em posição dorsal, consegue levantar as pernas na vertical e agarrar os pés;
- Quando puxado pelas mãos, faz força para se sentar;
- Em decúbito ventral, é capaz de suportar o peso do corpo sobre os braços estendidos com as palmas das mãos abertas;
- Mantém-se sentado sem apoio, embora apenas por curtos momentos;
- Quando colocada em pé, a criança suporta algum peso do seu corpo;
- Apresenta preensão palmar, usando toda a mão;
- Transfere objetos de uma mão para outra;
- Observa o objeto que cai, mas não o procura com o olhar;
- Olha em direção ao som da voz dos pais e outras fontes sonoras;
- Ri, sorri e grita enquanto brinca;
- Leva tudo à boca;
- Quando lhe é oferecida uma roca, agarra-a e abana-a até obter som;
- Leva as mãos ao biberão durante a alimentação, segurando-o.

•**8 Meses:**

- Em decúbito ventral, consegue adotar a posição de gatinhar;
- Mantém-se sentado, sem apoio, por períodos de pelo menos 10 segundos;
- Quando colocada em pé, a criança suporta o peso do seu corpo;
- Segura 2 cubos, um em cada mão, conseguindo juntá-los;
- Observa o objeto que cai, procurando-o no local correto com o olhar;
- Procura o objeto/ brinquedo perdido;
- Reconhece os sons do cotidiano;
- Palra continuamente e de forma melodiosa, variando a entoação da voz;
- Encontra um objeto parcialmente escondido;
- Agarra a colher.

•**10 Meses:**

- Consegue sentar-se, partindo do decúbito ventral ou dorsal;
- Mantém-se em pé, ainda que agarrado;

- Rebola e contorce-se para se deslocar;
- Para se deslocar, tenta gatinhar ou rastejar (às vezes para trás e na posição de sentado);
- Já adquiriu a capacidade de pinça fina, ainda que imperfeita;
- Observa, de forma interessada, o movimento de pessoas ou objetos à distância (por exemplo, através de uma janela);
- Compreende o significado das palavras “não” e “adeus”;
- Imita os sons produzidos pelos adultos (tosse, estala os lábios);
- Fica aborrecido quando contrariado;
- Segura, morde e mastiga pequenos pedaços de alimentos (por exemplo, bolachas).

•12 Meses:

- Consegue pôr-se em pé, agarrado à mobília;
- Caminha pela mão, ou sozinho desde que agarrado ao mobiliário ou brinquedos com rodas);
- Preensão de pinça fina perfeita;
- Lança brinquedos para o chão, de forma intencional;
- Aponta, com o indicador e com precisão, para um pequeno objeto;
- Aponta com o dedo para objetos distantes;
- Reconhece o seu próprio nome;
- Compreende os nomes de objetos e pessoas que lhe são familiares;
- Usa “jargão” frequentemente, recorrendo a vogais e consoantes;
- Utiliza uma palavra com significado;
- Bate palmas, diz adeus e faz outras gracinhas;
- Demonstra curiosidade pelas pessoas, objetos e situações que o rodeiam;
- Encontra rapidamente o objeto escondido;
- Bebe por um copo, ainda que com ajuda;
- Segura a colher, mas não a utiliza.

Do 1º ao 2º Ano de vida

A partir do segundo ano de vida, o crescimento estado-ponderal mantém-se constante, apesar da ocorrência de uma desaceleração relativamente ao primeiro ano. Em geral, a altura da criança de 2 anos representa metade da estatura que terá na idade adulta. A fontanela anterior encerra entre os 15 e os 18 meses, observando-se também uma lentificação no crescimento do perímetro cefálico, com um aumento de cerca de 2,5 cm entre os 12 e os 24 meses. Em decorrência deste desaceleramento no crescimento, verifica-se uma diminuição do apetite, sendo o mesmo descrito como anorexia fisiológica do 2º ano (Hockenberry & Wilson, 2014).

Com a aquisição da capacidade para se movimentar, a criança adquire um sentimento de independência e de curiosidade para explorar o meio, objetos, brinquedos e novas pessoas. Nesta faixa etária, as respostas da criança podem frequentemente incluir períodos de “birras”, mau-humor, negativismo e teimosia, os quais podem ser desafiantes para os pais e crianças, em que ambos tentam conhecer-se mutuamente (Hockenberry & Wilson, 2014).

Por esta autonomia crescente e curiosidade inerente, o risco de acidentes aumenta consideravelmente, exigindo aos pais atenção redobrada no que respeita à segurança das crianças (AAP, 2008; CDC, 2015).

De acordo com a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil – *Schedule of Growing Skill II* – as aquisições a serem apresentadas/ adquiridas são:

•15 Meses:

- Consegue caminhar sozinha, apresentando pés afastados e braços levantados para se equilibrar;
- Consegue construir uma torre de 2 cubos;
- Rabisca um desenho, movimentando o lápis de um lado para o outro;
- Começa a mostrar interesse por imagens;
- Quando solicitado, consegue escolher 2 objetos de entre um grupo de 4;
- Comunica utilizando gestos e vocalizações;
- Usa mais de 7 palavras com significado;

- Imita atividades simples da vida quotidiana;
- Explora as propriedades e funcionalidades dos brinquedos e outros objetos;
- Brinca sozinha, mas perto de um familiar;
- Segura a colher e leva-a à boca, mas não consegue evitar que entorne;
- Indica quando precisa trocar a fralda (chora ou contorce-se).

•**18 Meses:**

- Anda sozinho e bem, apenas com um ligeiro afastamento de pés, conseguindo parar subitamente e contornar esquinas;
- Consegue apanhar um objeto do chão, sem cair;
- Corre de forma confiante, para e recomeça de forma cautelosa, evitando os obstáculos;
- Sobe escadas gatinhando;
- Consegue construir uma torre de 3 cubos;
- É capaz de virar várias páginas (em simultâneo) de um livro;
- Faz rabiscos circulares;
- Reconhece detalhes em livros e imagens;
- Identifica 2 partes do seu corpo (nariz e mãos);
- Identifica partes do corpo de uma boneca (por exemplo, olhos e barriga);
- Tenta repetir palavras ditas por outros;
- Quando contrariado, demonstra-se rebelde e resistente;
- Brinca com destreza;
- Chuta uma bola pequena;
- Segura no copo com ambas as mãos e bebe, com pequeno desperdício;
- Come com colher sem entornar;
- Antecipa a necessidade de cuidados de higiene com vocalizações ou agitação.

•**24 Meses:**

- Salta, levantando os 2 pés do chão;
- Sobe e desce as escadas pela mão, com os 2 pés no mesmo degrau;
- É capaz de virar as páginas de um livro, uma de cada vez;

- Consegue construir uma torre de 4-6 cubos;
- Imita uma linha vertical e/ou horizontal;
- Consegue completar um Quadro de Encaixes com formas geométricas;
- Consegue completar um Quadro de Encaixes com peixes;
- Executa uma ordem com 2 ações;
- Compreende os verbos/ ações contidas em imagens;
- Junta 2 ou mais palavras para formar frases simples;
- Nomeia pessoas e objetos familiares;
- Fala numa linguagem habitualmente compreendida pela mãe;
- Brinca com outras crianças, mas sem partilhar os seus brinquedos;
- Bebe pelo copo (sem desperdício) e coloca-o na mesa sem dificuldade;
- Mantém a fralda seca durante o dia;
- Verbaliza a necessidade de cuidados de higiene, atempadamente.

Do 2º ao 3º Ano de vida

Em termos de crescimento físico, observa-se que aproximadamente aos 2,5 anos de vida a criança quadruplica o seu peso de nascimento. A estatura aumenta gradualmente, enquanto o aumento do perímetro cefálico lentifica-se ainda mais que no ano anterior (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os sentidos de audição, olfato, paladar e tato estão completamente desenvolvidos e coordenados entre si, permitindo explorar o ambiente e os brinquedos/ objetos. Nesta altura, dado o desenvolvimento do paladar e o facto da dentição primária estar completa, a criança exhibe as suas preferências alimentares, tendo menor disposição para experimentar novos alimentos, recusando-os unicamente pelo seu aspeto ou cheiro (Hockenberry & Wilson, 2014).

Depois de todas as aquisições obtidas até então pela criança, do segundo ao terceiro ano de vida inicia-se a fase do pensamento egocêntrico, no qual a compreensão das situações é perspectivada em função apenas do seu ponto de vista, centrando-se somente nas suas próprias ações (Hockenberry & Wilson, 2014; CDC, 2015).

De acordo com a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil – *Schedule of Growing Skills II* – as aquisições a serem apresentadas/ adquiridas são:

•30 Meses:

- Anda em bicos de pés;
- Sobe as escadas sozinho (alternando os pés), mas desce com os 2 pés no mesmo degrau;
- Consegue construir uma torre de 7 (ou mais) cubos;
- É capaz de imitar um círculo;
- Reconhece pequenos detalhes numa imagem;
- Compreende as funções dos objetos, utilizando imagens;
- Mostra compreender preposições;
- Utiliza pronomes interrogativos e 2 pronomes pessoais (por exemplo: “eu”, “tu”);
- Consegue manter conversas simples e descrever acontecimentos (ainda que de forma imprecisa);
- Brinca com outras crianças, já partilhando os seus brinquedos;
- Atira uma bola pequena com o braço erguido;
- Come perfeitamente com a colher;
- Mantém a fralda seca durante a noite;

•36 Meses:

- Corre em bicos de pés;
- É capaz de saltar num pé, pelo menos 3 vezes;
- Consegue colocar 10 pinos dentro de uma chávena (em 30 segundos);
- Consegue copiar uma ponte, construída com cubos, após exemplificação;
- É capaz de imitar uma cruz;
- Desenha a cabeça e uma parte do corpo humano;
- Combina 2 cores (geralmente o amarelo e vermelho; confunde o verde e azul);
- Compreende adjetivos de tamanho e negativos;
- Conhece algumas cantigas infantis ou anúncios comerciais;

- Descreve de forma apropriada um evento recente;
- Demonstra preocupação pelos irmãos e amigos de brincadeiras;
- Ajuda ativamente irmãos e amigos de brincadeiras;
- Aguarda pela sua vez nas brincadeiras;
- Come perfeitamente com a colher e o garfo;
- Lava as mãos;
- Veste-se e despe-se sozinho (desde que a roupa não tenha botões e fechos).

2. ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA PARENTALIDADE POSITIVA NOS PAIS DE RNPT

“A parentalidade positiva é um projeto de saúde para os pais e crianças e o apoio de enfermagem pode visar a promoção da confiança dos pais, a ajuda nas suas dificuldades e a educação de comportamentos saudáveis” (Lopes M. , 2012, p. 75). Para esta autora (2012), os enfermeiros devem também colaborar no processo de aquisição de competências para cada fase do desenvolvimento da criança.

Desta forma, o papel do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem reveste-se de especial importância pois presta cuidados específicos de acordo com as etapas do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem, promove e fornece antecipadamente orientações às famílias no sentido de maximizar o potencial do desenvolvimento infantil (OE, 2011 b.). É também responsabilidade do enfermeiro a aquisição de conhecimentos e de habilidades que lhe permitam avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar”, capacitando os pais para o exercício das suas funções parentais (OE, 2011 b., p. 8653; Cruz, 2013).

Estas funções parentais são concretizadas pela “Satisfação das necessidades mais básicas de sobrevivência e saúde”, mas também pela disponibilização “de um mundo físico organizado e previsível” no qual o espaço, os objetos e o convívio permitam o estabelecimento de rotinas e de estímulos adequados ao desenvolvimento da criança (Cruz, 2013, p. 14). A mesma autora aponta também para a “resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares” (p. 14) como função parental, na qual os pais apresentam, interpretam e são mediadores do mundo que os rodeia e a criança. Tal função, leva a que a criança contacte, interaja, explore e conheça o mundo (físico e social) que a rodeia (Cruz, 2013).

No caso do RNPT e, em consequência da permanência em UCIIN, surge a certeza de que o internamento pode ser uma oportunidade para promover e educar no sentido da saúde, junto aos pais (Magalhães, 2011). Realmente, a prematuridade e as características específicas de cada RNPT, pode ser uma motivação acrescida para a aprendizagem e para a adoção de comportamentos promotores de saúde,

bem como adoção de comportamentos condutores a uma parentalidade positiva (Pender, Murdaugh, & Pars, 2006). Também o feedback e orientação proporcionada pelos enfermeiros, na resposta aos cuidados prestados e dúvidas parentais apresentadas, podem ser encarados como facilitadores desta transição, uma vez que promovem a sua adaptação a novas situações, são construtores de uma identidade de cuidador por parte dos pais e promovem a sua autonomia.

Em suma, e de acordo com a literatura consultada, os focos de atenção do enfermeiro e as estratégias promotoras de uma parentalidade positiva dizem respeito a cuidados e atitudes que consistem na capacitação dos pais para a parentalidade; no comportamento, desenvolvimento e estimulação da criança; na interação pais-criança; na segurança e saúde da criança; na disciplina positiva e na construção de capital social¹⁷ (Lopes, Catarino, & Dixe, Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura, 2010).

Estes cuidados podem ser adotados e/ou ensinados pelos enfermeiros aos pais durante a sua prestação de cuidados à criança nascida prematura, desde o seu nascimento até aos 3 anos de vida. Tais cuidados têm a finalidade de promover a parentalidade positiva, a promoção de comportamentos saudáveis por parte do cliente pediátrico, bem como promover um adequado crescimento e desenvolvimento destas crianças. Para tal, considera-se essencial o conhecimento das características do RNPT, decorrentes da sua IG e tendo sempre em consideração a IC no crescimento e desenvolvimento das suas competências.

Estratégias a utilizar após o nascimento prematuro

- Oferecer aos pais a oportunidade de estarem presentes e intervirem nos momentos de tomada de decisão e prestação de cuidados (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);

¹⁷ A construção de um capital social possibilita um desenvolvimento das competências para a parentalidade positiva e resulta da capacidade dos pais para desenvolverem relações sociais positivas com familiares e ligações sociais com colegas, vizinhos e pais de outras crianças. Esta construção diz ainda respeito à otimização do uso de recursos comunitários (Lopes, Catarino, & Dixe, 2010).

- Encorajar os pais à prestação de cuidados, de forma gradual e apoiada, reforçando a necessidade de medidas de controlo de infeção (nomeadamente lavagem das mãos (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);
- Facilitar a expressão de sentimentos e emoções parentais (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);
- Proporcionar feedback aos pais dos cuidados prestados pelos mesmos (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);
- Ensinar aos pais a importância de períodos de sono calmos e tranquilos (no hospital e em casa) (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);
- Adequar a prestação de cuidados parental aos ciclos de sono e repouso da criança (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);
- Ensinar os pais a reconhecerem sinais de *stress*/desconforto/dor da criança (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);
- Ensinar aos pais estratégias não farmacológicas de alívio para a dor (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; AAP, 2008);
- Encorajar os pais a proporcionar medidas de conforto, como por exemplo:
 - Através do toque, carícias e/ou massagem (se a situação clínica do RNPT o permitir) (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);
 - Falar e/ou cantar com voz suave (AAP, 2008; Tamez, 2013);
 - Utilizar o método canguru (se a situação clínica do RNPT o permitir) (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);
 - Pegar o bebé ao colo e embalar gentilmente (AAP, 2008; Tamez, 2013);
 - Utilizar medidas de contenção e posicionamento adequados no berço, reforçando a necessidade de gradualmente retirar rolos de posicionamento, ninhos e outras medidas de contenção/ posicionamento, com vista à alta (Vasconcellos, 2012);
- Ensinar os pais a posicionar a criança no berço, previamente a alta, em decúbito dorsal e membros inferiores fletidos (Vasconcellos, 2012);
- Promover o aleitamento materno (Levy & Bértolo, 2012) e, na sua impossibilidade, uma alimentação adequada às necessidades da criança (Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; AAP, 2008);

- Ensinar aos pais medidas de segurança (Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; AAP, 2008):

- No berço: posicionamento adequado, inexistência de brinquedos ou objetos que potenciem asfixia, gestão das roupas de cama, utilizar berço que cumpra as medidas de segurança estipuladas por lei;

- No transporte: utilização correta de cadeira de passeio e de transporte adequada no automóvel;

- Não deixar a criança sozinha em cima bancadas, banheiras ou camas sem supervisão;

- Proteger, ao máximo, a criança do contacto com fumo de tabaco;

- Ensinar aos pais a gestão de ruído e luminosidade incentivando, gradualmente e de acordo com a tolerância da criança, a um ritmo circadiano e ao estabelecimento de rotinas (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013);

- No regresso a casa (Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; AAP, 2008):

- Incentivar os pais a que a criança durma no seu próprio berço/ cama (podendo estar localizado no quarto dos pais);

- Incentivar ao repouso da mãe/pai nos momentos de sono e repouso do RN;

- Incentivar os pais a manterem o seu autocuidado e momentos de lazer;

- Incentivar à participação de familiares, que possam apoiar os pais na prestação de cuidados no regresso a casa, respeitando sempre o ritmo da criança (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; AAP, 2008).

- Incentivar os pais ao cumprimento do Plano Nacional de Vacinação e a uma regular vigilância de saúde (conforme calendarizado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil);

- Se o RNPT tiver irmão(s) (AAP, 2008):

- Incentivar os pais a conversarem com o(s) filho(s) mais velho(s), explicando a necessidade da permanência do novo membro no hospital, de forma verdadeira;

- Organizar com os pais, visitas do(s) irmão(s) sempre que possível à UCIIN;

- Incentivar os pais a manterem as rotinas do(s) filho(s) mais velho(s);

- Incentivar os pais a incluírem o(s) filho(s) mais velho(s) nos cuidados ao RNPT (se a sua idade o permitir);

- Incentivar os pais, sempre que possível, a manter os seus momentos de lazer, convívio com amigos e *hobbies*.

Estratégias a utilizar durante o 1º ano de vida

- Facilitar a expressão de sentimentos e emoções parentais (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);

- Proporcionar feedback aos pais dos cuidados prestados pelos mesmos (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);

- Escutar as dúvidas dos pais, proporcionando respostas simples e claras (AAP, 2008; DGS, 2013);

- Valorizar as suas suspeitas relativamente a alterações do comportamento e desenvolvimento;

- Incentivar os pais, sempre que possível, a manter os seus momentos de lazer, convívio com amigos e *hobbies*;

- Incentivar a manutenção da amamentação, em exclusivo, até aos 6 meses de vida e, posteriormente combinado com alimentação diversificada (de acordo com indicação do pediatra, uma vez que depende da evolução estado-ponderal da criança) (AAP, 2008; Levy & Bértolo, 2012; DGS, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; CDC, 2015);

- Reforçar a necessidade de aconchegar a criança durante a alimentação (enquanto não há controlo cefálico e do tronco), passando a usar cadeira apropriada (de acordo com as aquisições da criança);

- Ensinar os pais acerca da introdução de novos alimentos e utilização de colher (AAP, 2008; Hockenberry & Wilson, 2014; CDC, 2015);

- Explicar que, nos primeiros dias de utilização da colher, pode haver uma recusa normal por parte da criança, incentivando à continuidade no uso da mesma;

- Reforçar a importância da introdução de novos alimentos e texturas;

- Incentivar, gradualmente e, a partir da diversificação alimentar, a uma participação da criança ativa na sua refeição;

- Evitar conflitos com a criança durante a refeição;

- Estimular à presença da criança nas refeições familiares;

—Iniciar, desde a primeira erupção dentária, uma rotina de escovagem do(s) dente(s);

•Reforçar a necessidade de manter as medidas de segurança (AAP, 2008; Hockenberry & Wilson, 2014; CDC, 2015):

—Anteriormente identificadas;

—Em casa: à medida que a criança adquire a habilidade de gatinhar, por forma a evitar embates em esquinas, a ingestão de pequenos objetos ou queimaduras com água/alimentos quentes, quedas de escadas,...);

•Estimular os pais a conversarem com a criança (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015):

—Em sintonia com os seus comportamentos, períodos de sono e descanso;

—Recorrendo a diferentes tons de voz;

—Através da leitura de histórias, contos ou música;

—Imitando os filhos e estimulando a novas palavras;

—Descrevendo os cuidados e atividades em curso;

—Chamando os objetos pelo nome e incentivando a criança a fazer o mesmo;

—Imitando sons de animais e objetos, pedindo à criança para imitar também;

—Incentivando a criança a pedir/ verbalizar o que a criança quer, mesmo que saibam antecipadamente o que vai pedir;

•Explicar a importância da brincadeira no desenvolvimento da criança, incentivando-a (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015):

—Movimentar objetos coloridos e de diferentes formas perto do rosto da criança, a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente esférico;

—Produzir sons suaves com rocas, caixas de música, ...;

—Oferecer brinquedos de texturas diferentes (tecidos diferentes, rugosos,...);

—Exercitar o bebé rebolando-o em “tapetes de atividades” (ou similares) ou simplesmente exercitando as pernas (em movimentos de “bicicleta”);

—Oferecer brinquedos coloridos¹⁸ e/ou com arestas arredondadas e/ou possíveis de ser agarrados pela criança, estimulando a troca entre as 2 mãos e a busca do mesmo (localizados gradualmente mais longe da criança);

¹⁸ Estes brinquedos devem respeitar as normas regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 43/2011 de 24 de Março, o qual estabelece as regras de segurança dos brinquedos disponibilizados no mercado, e transpõe a Diretiva

- Proporcionar brincadeiras interativas, recorrendo a espelhos e permitindo situações que causem alguma frustração (uma vez que ajuda na aprendizagem);
- Dar objetos diferentes e afastados da criança, estimulando-a a alcançá-los;
- Brincar às escondidas (pais e brinquedos escondem-se);
- Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes muito estimulantes (AAP, 2008; Hockenberry & Wilson, 2014; CDC, 2015);
- Estabelecer rotinas diárias regulares, nomeadamente em relação aos horários da prestação de cuidados (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015);
- Proporcionar, à criança, um ritual de apoio aos momentos de sono (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015):
 - Gestão de luminosidade e de ruído;
 - Estabelecer horários para o início da sesta e do sono noturno;
 - Proporcionar hábitos para o sono, como por exemplo, deitar a criança ensonada mas acordada, oferecer chupeta, utilizar caixa de música, brinquedo favorito, contar histórias,...
- Incentivar os pais a usarem, de forma firme e consistente (com consonância entre o casal), a palavra “não”, explicando de forma simplificada o porquê; (AAP, 2008; CDC, 2015);
- Lidar firme e calmamente com as birras (DGS, 2013);
 - Reforçar a necessidade de manter as regras e limites determinadas pelos pais (conjuntamente), não cedendo à chantagem da criança;
 - Cumprir as promessas parentais (pelo que apenas deve ser prometido apenas o que possa ser cumprido);
- Estimular a criança a realizar tarefas simples (“Dá à mãe...”, “Faz adeus...”), elogiando a criança após os mesmos (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015);
- Incentivar os pais a serem “modelos” dos seus filhos, nomeadamente em relação a comportamentos de segurança, alimentação, ... (AAP, 2008; Hockenberry & Wilson, 2014; CDC, 2015);

n.º 2009/48/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de Junho. Estes brinquedos devem ser também adequados à faixa etária da criança, mas também respeitar e apresentar a marcação «CE», através da qual o fabricante evidencia que o brinquedo cumpre todos os requisitos aplicáveis à respetiva colocação no mercado

- Limitar o tempo de contacto com audiovisuais para um mínimo¹⁹(CDC, 2015).

Estratégias a utilizar durante o 2º ano de vida

- Facilitar a expressão de sentimentos e emoções parentais (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);

- Proporcionar feedback aos pais dos cuidados prestados pelos mesmos (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);

- Escutar as dúvidas dos pais, proporcionando respostas simples e claras (AAP, 2008; DGS, 2013);

- Valorizar as suas suspeitas relativamente a alterações do comportamento e desenvolvimento;

- Incentivar a integração da criança nas rotinas da família nuclear e alargada (CDC, 2015);

- Reforçar a necessidade de manter as medidas de segurança (AAP, 2008; Hockenberry & Wilson, 2014; CDC, 2015):

- Mantendo líquidos quentes, isqueiros e fósforos fora do alcance da criança;

- Evitando objetos cortantes ou produtos tóxicos em móveis e gavetas de fácil acesso;

- Colocando cancelas e/ou grades a proteger escadas, janelas ou piscinas;

- Adotando a cadeira de transporte adequada ao peso e estatura da criança;

- Uma vez que os adultos são modelos, incentivá-los também a usar cinto de segurança;

- Demonstrando o que a criança pode ou não fazer, evitando os perigos que a rodeiam;

- Evitando exposição solar prolongada e tomando os cuidados com o sol;

- Falar com a criança de forma clara e simples (AAP, 2008; Hockenberry & Wilson, 2014; CDC, 2015);

- Através da leitura de histórias;

- Descrevendo as imagens dos livros, as atividades do quotidiano, dos cuidados prestados à criança;

¹⁹ Para as crianças menores de 2 anos de idade, a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda que o tempo de contacto com televisão, computadores ou outros *media* seja evitado ou reduzido ao mínimo

- Através de canções;
- Descrever sentimentos e emoções;
- Incentivar momentos de brincadeira entre pais e filhos (AAP, 2008; CDC, 2015):
 - Ao ar livre;
 - Utilizando músicas, dançando e cantando;
 - Utilizando os brinquedos da criança, nomeando e apontando as cores, formas e partes do corpo;
- Incentivar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco (potenciando a aprendizagem da organização) (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015);
- Quando possível, permitir que a criança escolha entre duas opções, apoiando a independência crescente;
- Elogiar a criança quando realizar algo sozinha e o seu bom comportamento (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015);
- Manter as rotinas diárias previamente estabelecidas (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015);
- Reforçar os cuidados com a higiene oral, realizando (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015):
 - Escovagem dos dentes, de manhã e à noite, com escova de dentes macia;
 - Em conjunto com os pais;
 - Incentivar a uma primeira visita odontológica (caso ainda não tenha ocorrido);
- Manter os rituais relativos aos períodos de sono (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015):
 - Gestão de luminosidade e de ruído;
 - Horário para a sesta e sono noturno;
 - Hábitos para o sono, como por exemplo, deitar a criança ensonada mas acordada, objeto de segurança, contar histórias,...
- Preparar a criança para novas situações, falando de forma tranquila sempre que forem identificadas com antecedência (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015);
 - Por exemplo, preparando o treino de controlo de esfíncteres;
- Reforçar a necessidade de manter as regras e limites (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015):

- De forma coerente, entre pais e familiares;
- Não cedendo à chantagem da criança quando contrariada;
- Sem punições físicas, conversando e explicando à criança as regras e limites aceitáveis.

- Manter a limitação do tempo de contacto com audiovisuais para um mínimo²⁰ (CDC, 2015).

Estratégias a utilizar durante o 3º ano de vida

- Facilitar a expressão de sentimentos e emoções parentais (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);

- Proporcionar feedback aos pais dos cuidados prestados pelos mesmos (Vasconcellos, 2012; Tamez, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014);

- Escutar as dúvidas dos pais, proporcionando respostas simples e claras (AAP, 2008; DGS, 2013);

- Valorizar as suas suspeitas relativamente a alterações do comportamento e desenvolvimento;

- Incentivar os pais, sempre que possível, a manter os seus momentos de lazer, convívio com amigos e *hobbies* (AAP, 2008; CDC, 2015);

- Incentivar os pais a manterem as rotinas de cuidados previamente estabelecidas (AAP, 2008; CDC, 2015);

- Horários dos cuidados e de sono;

- Medidas de segurança no carro, em casa e nas atividades de lazer;

- Momentos de brincadeira em família (em casa ou ar livre);

- Incentivar a criança à aquisição de hábitos de higiene pessoal (por exemplo, lavagem das mãos) (AAP, 2008; CDC, 2015);

- Potenciar a aquisição de controlo de esfíncteres (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015):

- Através de vestuário que a criança facilmente vista e dispa;

- Incentivando frequentes idas à casa de banho;

- Incentivando a criança a dizer quando tem vontade de urinar ou evacuar;

²⁰ Para as crianças menores de 2 anos de idade, a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda que o tempo de contacto com televisão, computadores ou outros *media* seja evitado ou reduzido ao mínimo

- Acordar com todos os membros da família sobre a melhor forma de apoiar a independência da criança, mantendo as regras e limites anteriormente delineados (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015);

- Reforçar a necessidade de manter as regras e limites (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015):

- De forma coerente, entre pais e familiares;

- Não cedendo à chantagem da criança quando contrariada;

- Sem punições físicas, conversando e explicando à criança as regras e limites aceitáveis;

- Em situações de maior tensão, recorrer a períodos de “*time-out*” (pais e criança têm um período de intervalo até discutir a situação em causa, de forma mais tranquila);

- Elogiar a criança quando realizar algo sozinha e o seu bom comportamento (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015);

- Incentivar os pais a explicarem à criança quais são os comportamentos adequados para mostrar quando está aborrecida ou chateada;

- Manter atitude firme perante birras;

- Proporcionar momentos de interação e brincadeira com outras crianças (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015);

- Incentivar a criança à aquisição de uma linguagem correta (AAP, 2008; DGS, 2013; CDC, 2015):

- Estimulando os pais a falar devagar com a criança e a pronunciar corretamente as palavras (uma vez que a criança pode ter dificuldade em perceber e responder rapidamente);

- Questionando sobre o seu nome, idade, situações do quotidiano, gostos ou atividades da criança, favorecendo a sua autoexpressão;

- Limitar a visualização de TV e vídeo, a períodos de cerca de 2 horas diárias (CDC, 2015):

- Supervisionando os programas assistidos;

- Escolhendo alternativas aos *media*, nomeadamente jogos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAP. (2008). *Bright futures. Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents* (3ª ed.). Illinois: The American Academy of Pediatrics.
- AAP. (2010). *Your baby's first year* (3ª ed. ed.). New York: Bantam Books Mass Market Edition.
- Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 317-346). Lisboa: Fim de Século.
- Bernardo, M. (2012). *Vinculação e estratégias de coping em mães de crianças prematuras*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- CDC. (2015). *Facts About Child Development*. Obtido em Março de 2015, de Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/facts.html>
- CE. (2006). *Recommendation Rec(2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting*. Obtido em 1 de maio de 2014, de Council of Europe: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507&BackColorLogged=FFAC75>
- CE. (2007). *Parenting in contemporary Europe: a Positive Approach*. Council of Europe Publishing.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M. (2013). *O Grande Livro do Bebê. O primeiro ano de vida*. A Esfera dos Livros.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.

- Cunha, V. (2006). *Famílias, fecundidades e funções dos filhos: o impacto do tempo e dos contextos sociais*. Tese submetida para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Departamento de Sociologia.
- DGS. (31 de Maio de 2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>
- Fenton, T. R., & Kim, J. H. (2013). A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatrics*, 13:59.
- Gage, J., Everett, K., & Bullock, L. (2006). Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 38:1, pp. 56-62.
- Gomes, M. (2013). *Cuidar na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. Obtido em 10 de abril de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/Documents/ARTIGOS%20ENFERMEIROS%202013/Cuidar%20na%20UCIN%20nov2013.pdf>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- ICN. (2013). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2011*. Geneve: International Council of nurses.
- INE. (2013). Obtido em Abril de 2014, de Portal do Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lopes, M. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem*. Tese doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

- Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (julho de 2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência, III Série, n.º1*, pp. 109-118.
- Magalhães, S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento Hospitalização da criança*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- MTSS, Concelho Consultivo das Famílias. (2011). *Princípios para uma Parentalidade Positiva*. Obtido de http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13331/principios_parentalidade_positiva
- OE. (2011 a.). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- OE. (2011 b.). *Regulamento n.º 123/2011*. Obtido em 20 de fevereiro de 2011, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf
- OE. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Obtido em Janeiro de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

- Patrício, S. (2011). *Promoção da Parentalidade Positiva*. Relatório para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Pars, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Secção de Neonatologia - SPP. (2008). *Nascer prematuro - Um manual para os pais dos bebés prematuros*. Obtido de Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria: <http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/File/Crescimento%20e%20desenvolvimento%20-%20Consideracoes%20gerais.pdf>
- Secção de Neonatologia - SPP. (2013). Recomendação de curvas de crescimento para crianças nascidas pré-termo. Consensos e Recomendações. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(2).
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Vasconcellos, T. (2012). Enfermagem em neonatologia. Cuidados para o desenvolvimento. In C. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - HSF, *Neonatologia, Manual Prático*. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
- Vilaça, S. P. (2012). *Desenvolvimento infantil e capacitação materna como resultado da aplicação do Programa de Empowerment Parental para o Desenvolvimento Infantil (PEPDI)*. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança - Especialidade de Saúde Infantil, Universidade do Minho, Instituto de Educação.
- WHO. (2012). *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Obtido de WHO: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/

ANEXOS

ANEXO 1: CLASSIFICAÇÃO DA MATURIDADE NEUROMUSCULAR E FÍSICA DO RN

CLASSIFICAÇÃO DA MATURIDADE NEUROMUSCULAR E FÍSICA DO RN

Figura 1: Classificação do RN de acordo com a maturidade neuromuscular e física. Adaptada de Ballard, 1991

Maturidade neuromuscular

	-1	0	1	2	3	4	5	
Postura								
Ângulo do punho								
Encolhimento do braço								
Ângulo poplíteo								
Sinal do cachecol								
Calcanhar na orelha								

Maturidade física

	Pegajosa, friável, transparente	Gelatinosa, vermelha, translúcida	Lisa, rósea, veias visíveis	Descamação superficial e/ou erupção, poucas veias	Rachaduras, áreas pálidas, raras veias	Pergaminho, rachaduras profundas, nenhum vaso	Coriácea, rachaduras, enrugamento
Pele							
Lanugem	Nenhuma	Escassa	Abundante	Afinamento	Áreas despeladas	Majoria despelada	
Superfície plantar	Calcanhar-dedo 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm nenhuma prega	Marcas vermelhas descoradas	Somente pregas transversas anteriores	Pregas 2/3 anteriores	Pregas sobre toda a sola	
Mamas	Imperceptíveis	Difícilmente perceptíveis	Aréola chata, sem botão	Aréola pontilhada, botão 1-2 mm	Aréola elevada, botão 3-4 mm	Aréola completa, botão 5-10 mm	
Olhos/ Orelhas	Pálpebras coladas frouxas -1 rijas -2	Pálpebras abertas Pina chata pregueada	Pina curva mole, porém recolhe lento	Pina curva mole, porém recolhe rápido	Formada e firme, com retorno instantâneo	Cartilagem espessa, orelha rija	
Genitália masculina	Escroto vazio, sem rugas	Escroto cheio, rugas escuras	Testículos no canal superior, poucas rugas	Testículos descendo, poucas rugas	Testículos baixos, boas rugas	Testículos pendulares, rugas profundas	
Genitália feminina	Clitóris proeminente, lábios achatados	Clitóris proeminente, pequenos lábios menores	Clitóris proeminente, lábios menores aumentando	Grandes e pequenos lábios, igualmente proeminentes	Grandes lábios, maiores, pequenos lábios menores	Grandes lábios cobrem clitóris e pequenos lábios	

Avaliação da maturidade

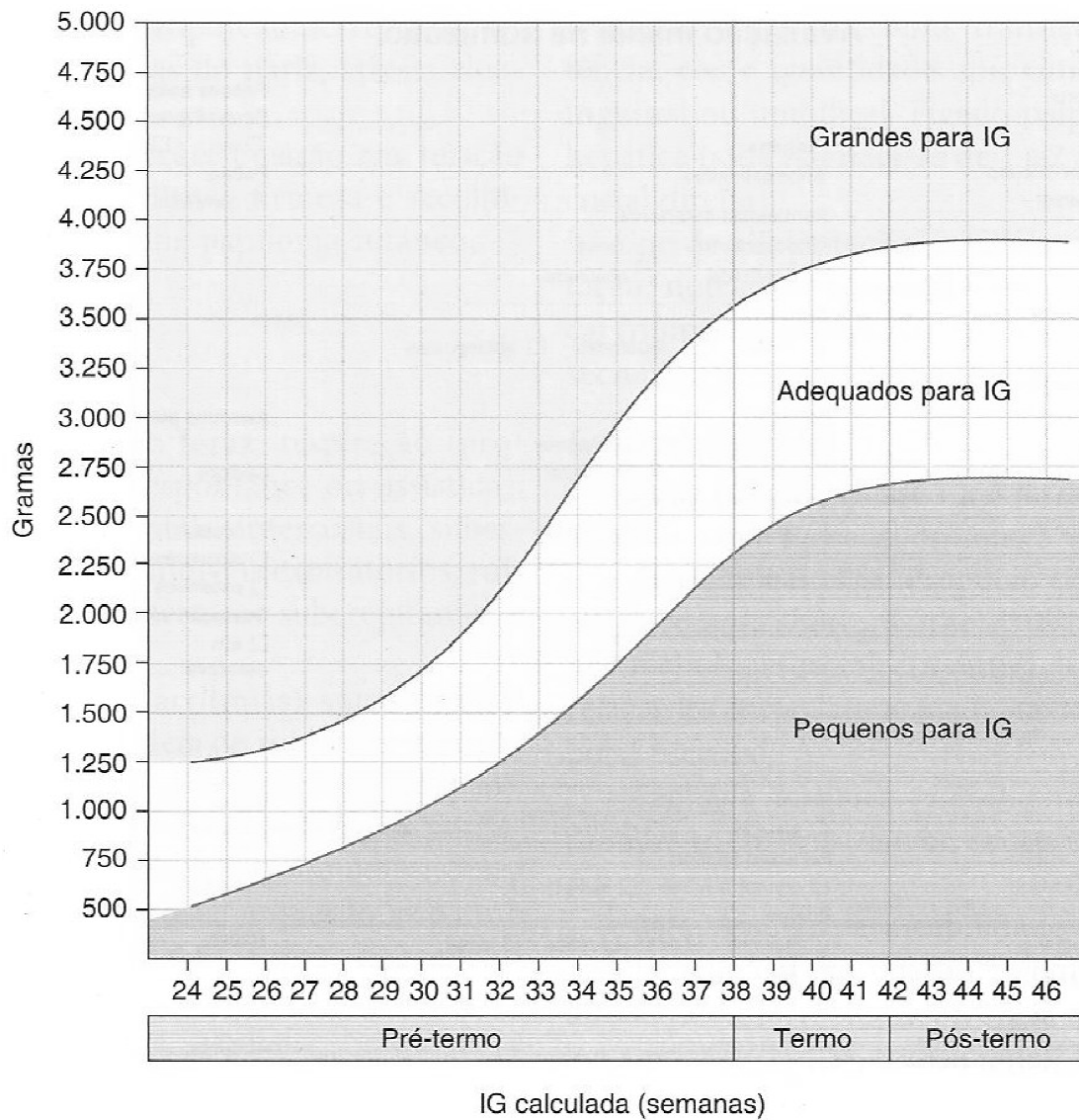
Índice	Semanas
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

Fonte: Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

ANEXO 2: CLASSIFICAÇÃO DO RNPT EM FUNÇÃO DA RELAÇÃO PESO-IG

ANEXO 2: CLASSIFICAÇÃO DO RNPT EM FUNÇÃO DA RELAÇÃO PESO-IG

Figura 2: Classificação do RN segundo peso e IG - Adaptada de Bartaglia *et al*, 1967

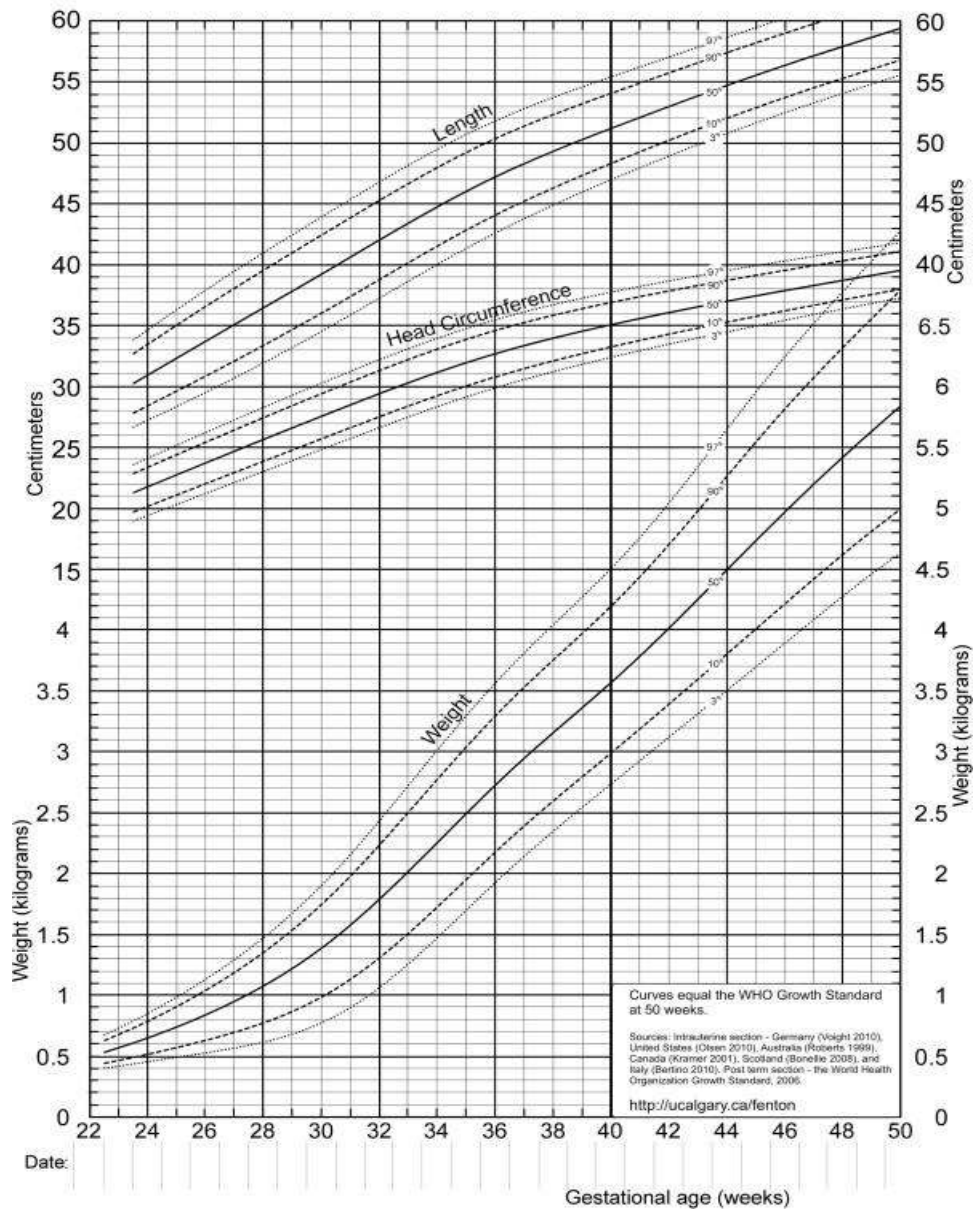


Fonte: Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

ANEXO 3: CURVAS DE AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO DO RNPT

CURVAS DE AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO DO RNPT – SEXO MASCULINO

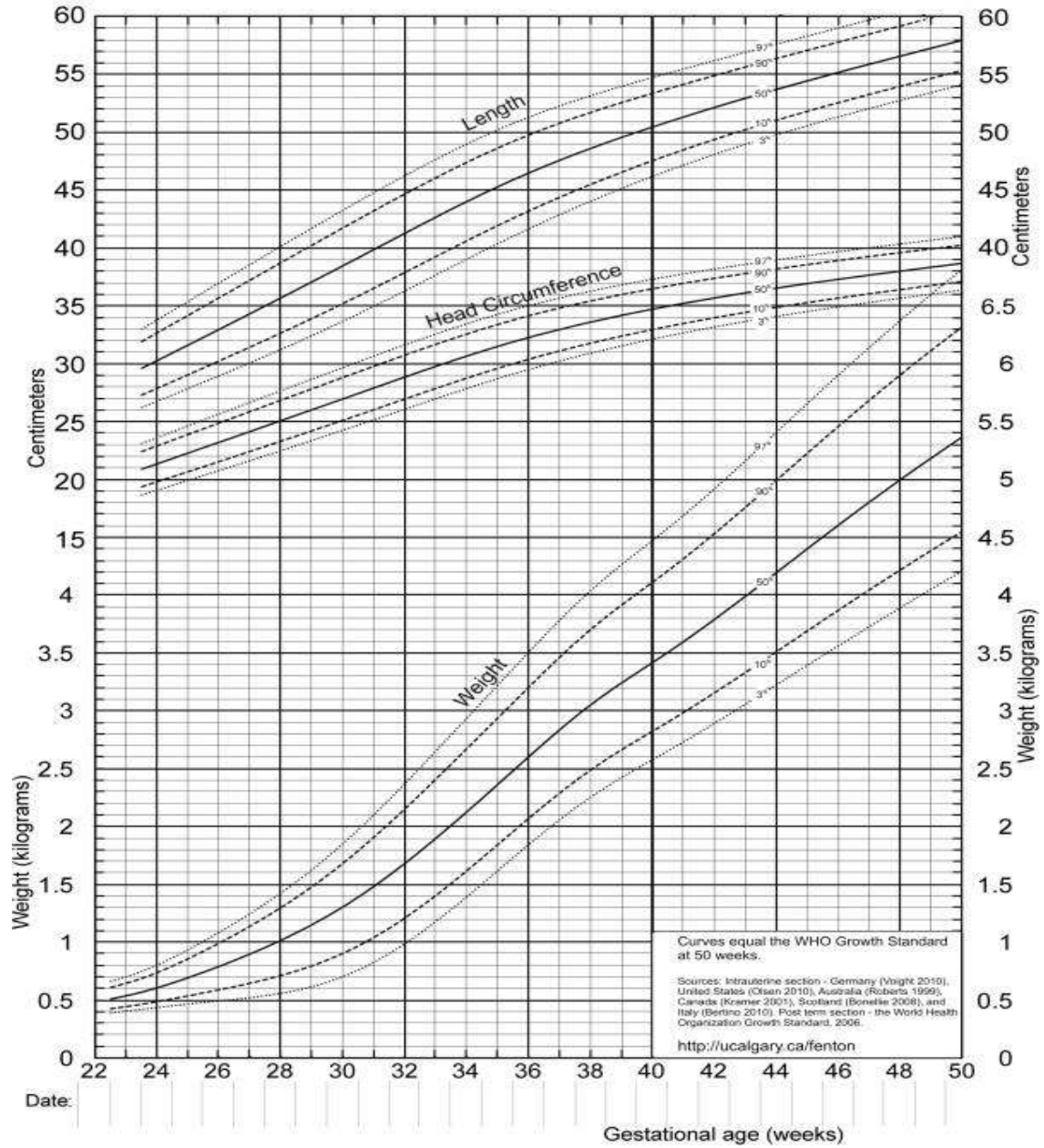
Figura 3: Curva de avaliação de crescimento do RNPT - sexo masculino



Fonte: Fenton, T. R. & Kim, J. H. (2013). A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infant. *BMC Pediatrics*, 13:59

CURVAS DE AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO DO RNPT – SEXO FEMININO

Figura 4: Curva de avaliação de crescimento do RNPT - sexo feminino



Fonte: Fenton, T. R. & Kim, J. H. (2013). A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infant. *BMC Pediatrics*, 13:59

APÉNDICES

APÊNDICE 1: COMPETÊNCIAS SENSORIAIS DO RN

APÊNDICE 1: COMPETÊNCIAS SENSORIAIS DO RN

O desenvolvimento do sistema sensorial intrauterino do RN tem uma continuidade própria. Conhecendo esta sequência, é possível planejar os cuidados de forma a promover, apoiar e estabilizar o crescimento cerebral.

Quadro 18: Desenvolvimento de competências sensoriais do RN

Toque	<ul style="list-style-type: none">•A primeira forma de contacto com os outros, sendo também a mais comum;•Cerca das 32 semanas de IG, existe sensibilidade para ao toque, dor e temperatura;•A sensibilidade para o toque inicia-se entre a 7ª e 8ª semana de gestação;•As áreas de maior sensibilidade são: mãos, pés, face e peri-labial.
Audição	<ul style="list-style-type: none">•A audição inicia-se entre a 20ª e 24ª semana de gestação, observando-se também a percepção de frequências baixas desde a 24ª semana de IG;•Após o nascimento, a resposta auditiva está presente entre a 25ª e 26ª semana de gestação;•A partir da 28ª semana de IG, existe uma reação a sons de média e alta intensidade (sussurro e conversação);•Entre a 32ª e 34ª semana de IG, acontece uma rápida maturação coclear e do nervo auditivo;•Após a 34ª semana de gestação aumenta a velocidade de condução do som, bem como a habilidade de localizar e discriminar a sua origem;•Entre a 28ª e 34ª semana de IG, o RNPT desenvolve a capacidade de integrar o som e orientar-se para o mesmo, sendo capaz de virar a cabeça para o procurar.
Visão	<ul style="list-style-type: none">•A visão é dos primeiros sentidos a desenvolver-se, nomeadamente, em média, aos 22 dias pós-concepcionais;•As pálpebras fundem-se cerca das 10 semanas de gestação, permanecendo assim até cerca das 24 semanas de IG;•Entre a 24ª e 28ª semana de IG não existe resposta pupilar;•Na 25ª semana inicia-se a mielinização do nervo ótico e vascularização da retina;

	<ul style="list-style-type: none"> •Na 27ªsemana inicia-se o desenvolvimento da córnea (o RN vê desfocado); •Desde a 28ªsemana inicia-se o reflexo de piscar; •A partir da 30ªsemana de IG, o RN tem a capacidade de responder a luminosidade e à presença de objetos, existindo resposta pupilar; •Entre a 34ª e 36ª semana de IG: pupilas estão completamente formadas. O RN deste intervalo de IG tem capacidade para orientar-se espontaneamente em relação à luminosidade, começa a seguir objetos com os olhos e a atentar para formas, objetos e faces, sendo capaz de ver objetos a uma distância de 25 a 30 cm; •O desenvolvimento completo das estruturas oculares ocorre entre os 6 meses e 1 ano de vida.
Olfato e alimentação	<ul style="list-style-type: none"> •Deglutição: ocorre desde a 12ª semana de gestação; •Percepção do sabor: desde a 30ªsemana de IG, observando-se ritmos de sucção diferentes consoante os sabores dos líquidos oferecidos; •Preferência pelo leite materno e sabores açucarados; •Coordenação entre sucção-deglutição-respiração; inicia-se entre as 33 e 34 semanas de IG.
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> •Ocorre após o nascimento, sendo iniciado pelo choro; •O RN de termo sorri espontaneamente desde o nascimento (sem intencionalidade) e em resposta ao rosto humano entre a 4ª e 12ªsemana de vida; •Nos RNPT, a habilidade para sorrir pode ocorrer antes das 40semanas de IG.

Adaptado de : Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência; Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan