

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

Relatório de Estágio

**Transição para a parentalidade na prematuridade:
terapêuticas de enfermagem promotoras do
regresso a casa**

Daniela Catarina Rosa Nunes

**Lisboa
2019**



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

Relatório de Estágio

**Transição para a parentalidade na prematuridade:
terapêuticas de enfermagem promotoras do
regresso a casa**

Daniela Catarina Rosa Nunes

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

**Lisboa
2019**



Agradecimentos

À minha família, pelo incentivo e apoio.

Ao Pedro, por estar sempre ao meu lado e me dar a mão.

À Professora Doutora M^a Teresa Magão pela orientação ao longo deste percurso.

Aos que fui encontrando ao longo desta etapa e que a tornaram possível.

À minha perseverança.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
CCF – Cuidados Centrados na Família
CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança
CSP – Cuidados de Saúde Primários
EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ELI – Equipa Local de Intervenção
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IG – Idade gestacional
IP – Internamento de Pediatria
MCEESIP – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica
OE – Ordem dos Enfermeiros
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RN – Recém-nascido
SNIPI – Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SNS – Sistema Nacional de Saúde
UC – Unidade Curricular
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UP – Urgência Pediátrica

RESUMO

O nascimento de um bebê, ainda que desejado, gera nos pais medos e a necessidade de reorganização da sua identidade individual e como casal, colocando desafios à parentalidade. Com a transição para a parentalidade o casal assume novos papéis e novas competências, tornando esta uma fase de grande vulnerabilidade e instabilidade, que poderá repercutir-se na saúde e bem-estar do RN e do casal. Se o nascimento for prematuro a transição para a parentalidade ocorre antecipadamente, causando maior ansiedade e medo aos pais, potenciada pelo desconhecido e pelos cuidados diferenciados a que o RN está sujeito, tornando a transição para a parentalidade mais vulnerável. Tendo os enfermeiros maior proximidade com as crianças e famílias, estão numa posição privilegiada para criar condições que contribuam para uma transição saudável, intervindo de forma diferenciada, facilitadora do processo de transição e do regresso a casa, recorrendo a uma parceria de cuidados e a orientações antecipatórias promotoras do *empowerment* e mestria do papel parental no cuidados aos seus filhos, mais especificamente na prematuridade. Este relatório tem por objetivo mostrar o percurso do desenvolvimento de competências relativamente às terapêuticas de enfermagem promotoras da transição para parentalidade, mais especificamente no RN prematuro, assim como na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e sua família. A metodologia utilizada neste percurso foi a metodologia de projeto, experiencial e crítica sobre as ações e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, baseada na evidência científica e no quadro de referência da Teoria das Transições de Afaf Meleis e da Filosofia de Cuidados Centrados na Família. Este percurso de aprendizagem possibilitou o contributo para um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem com a elaboração de uma norma de acolhimento das famílias na UCIN, promotora da transição para a parentalidade, da qual faz parte uma proposta de kit de acolhimento, elementos fundamentais para a melhoria da qualidade no meu contexto profissional.

Palavras-Chave: Enfermagem Pediátrica; Enfermagem Neonatal; Recém-nascido prematuro; Parentalidade; Qualidade da assistência à saúde

ABSTRACT

Even planned, childbirth causes in their parents, fears and the need to reorganize their identity both individually and as a couple, creating challenges in parenthood. The couple takes over new roles and competencies when transitioning to parenthood, making this a very vulnerable and unstable time which can impact on the baby and couple's welfare. If the delivery occurs prematurely, transition to parenthood takes place in advance, with higher levels of fear and anxiety, heightened by the unknown situation and the need for the baby to have differentiated medical care. The transition to parenthood is hence more vulnerable. Being nurses in a situation of more proximity with children and families, they are in a privileged position to contribute to a healthy transition by delivering specialized care and promoting both the transition process and the return home for the families. For that, nurses promote partnership in care and teach parents in order to promote their empowerment and master their roles as parents when looking after their children, even more if born premature. This report aims to highlight both the development of my competencies regarding the nursing therapeutics that promote the transition to parenthood, especially in a situation of premature birth, and the specialized nursing care I provided to children and their families. This pathway was built based on a critical-reflexive methodology on the experiences and activities developed during the 18 week internship, evidence-based and taking into consideration Afaf Meleis' Transitions Theory and the Philosophy of Family-Centred Care. The work developed during the internship was also a contribute to a project for improved quality of nursing care as it allowed the creation of an admission guideline and admission pack to be given to families when admitted to the neonatal unit in order to promote a healthy transition to parenthood, which was found to be relevant in my working place and improved the quality of care provided.

Keywords: Paediatric Nursing; Neonatal Nursing; Premature Infant, Newborn; Parenting; Quality of Healthcare

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1 A Teoria das Transições de Afaf Meleis	17
1.2. Filosofia de Cuidados Centrados na Família	20
1.3. Transição para a parentalidade	22
1.3.1. Transição para a parentalidade na prematuridade: terapêuticas de enfermagem promotoras do regresso a casa.....	23
2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO	29
3. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	31
3.1. Promover o desenvolvimento da criança e do jovem	32
3.1.1. Descrição e análise das atividades desenvolvidas.....	32
3.2. Desenvolver competências de EESIP na prestação de cuidados de enfermagem com foco na facilitação da transição para a parentalidade em situação de prematuridade	48
3.2.1. Descrição e análise das atividades desenvolvidas.....	48
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	59
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS	64
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa conceptual

Apêndice II – Cronograma de Estágio

Apêndice III – Guia orientador de estágio

Apêndice IV – Estudo de Caso

Apêndice V – Entrevista a enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica sobre a transição para a parentalidade em contexto de internamento de pediatria

Apêndice VI – Desafios à parentalidade em contexto hospitalar: folheto informativo aos pais

Apêndice VII – Jornal de Aprendizagem: Controlo da dor da criança em SUP

Apêndice VIII – Sessão de formação: Especificidades do cuidado de ex-prematuros em contexto de urgência pediátrica

Apêndice IX – Jornal de Aprendizagem: Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Apêndice X – Sessão de Formação: Importância do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) na facilitação da transição para a parentalidade

Apêndice XI – Estratégias promotoras da transição para a parentalidade e do regresso a casa na UCIN: Contributos para um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Apêndice XII – Sessão de formação: Terapêuticas de enfermagem facilitadoras da transição para a parentalidade na unidade de cuidados intensivos neonatais

INTRODUÇÃO

Este relatório surge integrado na UC Estágio com Relatório, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da ESEL, com o objetivo principal de se constituir como um trabalho de descrição e reflexão acerca das atividades desenvolvidas ao longo do percurso de estágio definido, articulando conhecimentos teóricos e práticos, refletindo acerca das competências comuns e específicas de EEESIP adquiridas.

Na sua execução, este relatório, tem subjacentes os meus interesses pessoais e profissionais, bem como os objetivos estabelecidos para a UC Estágio com Relatório: 1) desenvolver processos de prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família: em resposta às necessidades do seu crescimento no sentido da maximização da sua saúde, e em situações complexas; 2) desenvolver um projeto sobre uma problemática da prática de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria (ESEL, 2018).

Pretende-se que o presente documento espelhe o estágio realizado ao longo de 18 semanas, incluindo a intervenção de enfermagem avançada ao RN, criança, jovem e família, ao longo dos seus processos de desenvolvimento em contextos variados. Os contextos de estágio definidos tiveram em consideração a temática do projeto de estágio e os objetivos definidos, numa perspetiva de crescente complexidade das atividades a desenvolver.

Ao longo do estágio, foi dada particular atenção à problemática delineada: **“Transição para a parentalidade na prematuridade: terapêuticas de enfermagem promotoras do regresso a casa”**. A temática da transição para a parentalidade em pais de RNs prematuros surge como foco central de forma de dar resposta a uma inquietude emergente da minha prática profissional, a de facilitar a transição para a parentalidade, processo complexo se decorrer num contexto de neonatologia.

A parentalidade, um dos temas de saúde de grande relevância da sociedade atual é, segundo a OE (2015b), a questão de saúde pública mais relevante com a qual a sociedade se defronta. O desafio que se coloca aos enfermeiros consiste em apoiar os clientes que se encontram em transição, compreender os seus processos e desenvolver intervenções apropriadas às suas necessidades e ao seu estado de saúde (Schumacher & Meleis, 1994). Por serem os enfermeiros os prestadores de cuidados que mais tempo

passam com as crianças e suas famílias, estão numa posição privilegiada para criar condições que contribuam para uma transição saudável (Zagonel, 1999). O nascimento de um filho prematuro leva a que a transição para o papel parental ocorra de forma antecipada (Vieira, Martins, Macedo & Guerra, 2008; Meleis, 2010).

Transição é um conceito que assenta no pressuposto de que a mudança das condições pessoais e ambientais, despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel, nas expectativas ou nas capacidades de cada indivíduo, exige processos adaptativos a novas realidades, papéis e responsabilidades (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000; Silva, 2007).

O nascimento de um bebé, mesmo desejado, é gerador de ansiedade e da necessidade de adaptação (Martins, Abreu & Figueiredo, 2014). Se necessita de internamento numa UCIN, a ansiedade e medo dos pais são potenciados pelo desconhecido e pelos cuidados diferenciados que o RN necessita pelo que a transferência do bebé imaginário para o bebé real não ocorre como idealizado, tornando a transição para a parentalidade mais vulnerável (Brazelton & Cramer, 1989; Toral-López et al., 2016). É da responsabilidade dos enfermeiros promover a adaptação à parentalidade em todas as suas dimensões, sendo que se dificultada pelo nascimento prematuro, o EEESIP tem que intervir de forma diferenciada, facilitando o processo de transição e o regresso a casa (OE, 2011c).

A necessidade de otimizar os cuidados prestados constitui-se, pois, um desafio para a enfermagem pediátrica, sendo a Teoria das Transições de Afaf Meleis o referencial teórico que orienta o meu percurso de aprendizagem. Esta escolha é fundamentada pela complexidade do desenvolvimento da criança, do jovem e sua família, que pressupõe transições absolutamente necessárias, com impacto na saúde de toda a família. Segundo Meleis (2010), o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para compreender os processos de transição, assumindo um papel de extrema relevância, na sua facilitação.

Neste sentido, surge a filosofia dos Cuidados Centrados na Família, com um impacto positivo no RN prematuro e na confiança dos pais (Maria & Dasgupta, 2016), que vê o cuidar em enfermagem pediátrica numa perspetiva de parceria colaborativa, em que as famílias são envolvidas no processo de cuidados (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Tal envolvimento contribui para o desenvolvimento da mestria no papel parental e para restaurar o controlo perdido, contribuindo para tal a promoção da autonomia e responsabilização dos pais pelo bem-estar do seu filho (Shields et al., 2006).

A metodologia utilizada ao longo deste percurso de estágio foi a metodologia de projeto centrada na formação experiencial e na reflexão crítica sobre a prática através da mobilização de evidência científica e da opinião de peritos, com o intuito de construir saber em enfermagem que me confira competências enquanto EEESIP.

O presente relatório está estruturado por capítulos por forma a facilitar a sua consulta e compreensão. No primeiro capítulo é feito um enquadramento conceptual onde são abordados os referenciais teóricos e a evidência científica que orientou e fundamentou o percurso desenvolvido. O segundo capítulo assenta na problemática e objeto de estudo, correspondendo à identificação e justificação do problema. No terceiro capítulo é apresentado e analisado o percurso formativo percorrido para o desenvolvimento das competências de EEESIP, onde são apresentadas e analisadas as atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio. O quarto capítulo apresenta evidência das competências de EEESIP adquiridas ao longo do estágio e o último capítulo integra os projetos futuros e as considerações finais. A elaboração deste relatório respeita as normas da *American Psychological Association* (APA – 6ª edição), no que diz respeito à referência bibliográfica e organização estrutural.

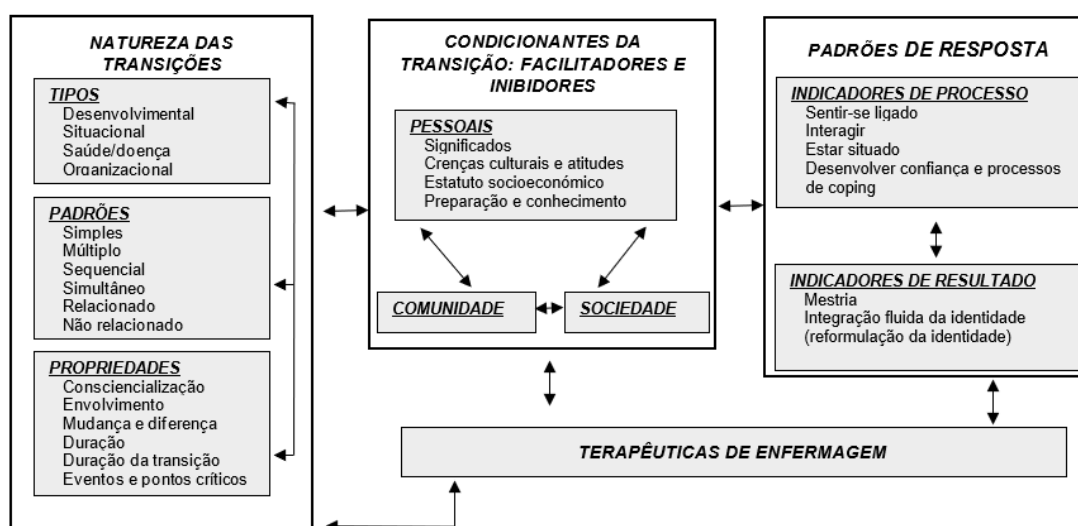
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo são clarificados, em primeiro lugar, o referencial teórico em que se alicerça o presente relatório e que orientou a prática, a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a filosofia dos CCF e, seguidamente, a problemática da transição para a parentalidade na prematuridade e as terapêuticas de enfermagem a implementar para facilitar essa mesma transição.

1.1 A Teoria das Transições de Afaf Meleis

O conceito de transição foi conceptualizado por Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger, e Schumacher (2000) na **Teoria das Transições**, uma teoria de médio alcance. O processo de transição experienciado pelas pessoas que vivenciam uma transição, considera três domínios fundamentais: natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e dificultadoras da transição (pessoais, da comunidade e da sociedade) e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição e que guiam as terapêuticas de enfermagem, em busca da intencionalidade nas ações de Enfermagem – figura 1 (Meleis, 2010).

Figura 1. Teoria das Transições de Afaf Meleis



Fonte: Traduzido e adaptado de Meleis et al. (2000).

Segundo Meleis (2010) as transições são processos complexos e multidimensionais, que ocorrem ao longo do tempo e pressupõem a mudança de um estado para outro. O processo de transição é caracterizado pela sua singularidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados dependentes da percepção individual de cada indivíduo. Sendo os enfermeiros os profissionais que mais acompanham os indivíduos que vivem as transições, o conceito de transição é central para a enfermagem pelo que assistir as pessoas em processos de transição constitui-se uma das funções mais relevantes do enfermeiro (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis et al., 2000). Através da informação transmitida aos clientes, os enfermeiros, participam num processo de aquisição de novas competências facilitadoras da preparação dos clientes para as suas transições (Meleis et al., 2000). A intervenção do enfermeiro na transição é essencial num período antecipatório e de preparação para a mudança de papéis, reduzindo os efeitos negativos que possam advir da transição.

Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental (relacionada com as mudanças no ciclo vital), situacional (associada a acontecimentos que desencadeiam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança de um estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (referente ao ambiente, mudanças sociais, económicas e sociais) (Meleis et al., 2000). A natureza das transições pode apresentar diferentes padrões de transição: simples, múltiplas e sequenciais, que podem estar relacionados entre si ou não, ou ocorrerem em simultâneo (Meleis et al., 2000). No entanto, o processo de transição é individual pelo que é a unicidade de cada pessoa que torna a transição única. Não obstante, independentemente da tipologia de transição que a pessoa vive, esta implica alterações, que se repercutem na sua saúde e bem-estar (Meleis, 2010). Na natureza das transições, foram identificadas propriedades essenciais para a experiência de transição como a consciência, o envolvimento, a mudança e diferença; a duração e os acontecimentos e pontos críticos (Meleis et al., 2000).

Para que se possam compreender as experiências vivenciadas pelos indivíduos durante as transições é necessário conhecer as condicionantes pessoais (significados, crenças culturais e atitudes, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento), da comunidade e sociedade (apoio familiar e social, informação, recursos), que podem facilitar ou dificultar o processo de transição e assim alcançar uma transição saudável (Meleis et al., 2000). Assim, o enfermeiro deve conhecer as especificidades culturais,

crenças e significados atribuídos por cada pessoa para que consiga contribuir para a promoção de uma transição saudável. Para além disso, o enfermeiro deve, através de orientações antecipatórias, dotar os clientes de conhecimentos que lhes permitam antecipar a experiência de transição e os aspetos significativos da mesma, facilitando a aceitação, o estabelecimento de expectativas realistas e de estratégias adequadas para lidar com a transição (Meleis, 2010).

As condições ambientais são importantes num processo de transição, podendo influenciar positiva ou negativamente a qualidade e a duração do mesmo. O enfermeiro deve conhecer o conceito que cada indivíduo tem de família e os papéis desempenhados por cada membro de modo a conseguir antecipar e compreender as suas necessidades de intervenção (Meleis, 2010). Também a estabilidade das condições socioeconómicas é essencial para satisfação das necessidades dos indivíduos, pelo que aqueles com maiores dificuldades financeiras e/ou baixo nível socioeconómico estão mais suscetíveis a problemas psicológicos (Meleis, 2010).

Os padrões de resposta a uma transição incluem indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo permitem avaliar o progresso experienciado pelo indivíduo relativamente à transição, nomeadamente sentir-se ligado, interagir, estar situado, e desenvolver confiança e processos de *coping* relativamente à necessidade de mudança, sabendo lidar com a situação (Meleis et al., 2000). Os indicadores de resultado referem-se à mestria e domínio de novas competências, bem como à integração fluida de identidade (Meleis et al., 2000). Schumacher e Meleis (1994) mencionam que o bem-estar do indivíduo, o bem-estar nas relações com os outros e a mestria no desempenho de papéis são indicadores de transições bem-sucedidas.

Por fim, as terapêuticas de enfermagem são definidas como todas as ações intencionais para cuidar dos clientes e que englobam tanto o conteúdo das intervenções como os objetivos de enfermagem (Meleis, 2012). Estas terapêuticas de enfermagem têm uma ação interventiva continuada ao longo do processo de transição, com o intuito de proporcionar conhecimento e competências aqueles que a vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições (Meleis et al., 2000).

Schumacher e Meleis (1994) definem 3 terapêuticas de enfermagem: a) avaliação da prontidão para a transição e das condições para a mudança; b) preparação para a transição através da educação por modelos educativos centrados na aprendizagem-

experiência; c) *role supplementation*¹, essencial na identificação e aquisição de competências do novo papel no processo de transição. A avaliação da prontidão requer uma compreensão do indivíduo através da avaliação das condições de transição de forma a traçar o perfil individual de cada um e os padrões da experiência vivenciada (Meleis et al., 2000). A preparação para a transição através da educação por modelos educativos centrados na aprendizagem-experiência é uma forma de proporcionar informação e conhecimento necessários ao desenvolvimento de competências do indivíduo, permitindo-lhe assumir novas responsabilidades. A educação e orientação do indivíduo, um dos domínios do cuidar em enfermagem, surge como um meio privilegiado de preparar os indivíduos para as suas transições (Benner, 2005). A última terapêutica de enfermagem, para Meleis (2010), o *role supplementation*¹, permite melhorar uma transição saudável, podendo esta ser preventiva ou terapêutica, definindo-se como qualquer processo deliberado em que é identificada a real ou potencial insuficiência de papel, incluindo posteriormente a sua clarificação ou nova aquisição.

Em suma, a teoria das transições procura facilitar a compreensão do processo de transição vivenciado, ao mesmo tempo que permite estabelecer orientações aos enfermeiros para a sua facilitação (Meleis et al., 2000).

1.2. Filosofia de Cuidados Centrados na Família

Os cuidados de enfermagem à criança, jovem e sua família têm como filosofia de cuidar os CCF, segundo a qual a família é vista como uma constante na vida da criança e em que a criança é o ponto central do cuidado (Hockenberry & Barrera, 2014). A criança é definida, em Portugal, como todo o ser humano de idade inferior a 18 anos, dependente dos cuidados da família para a satisfação das suas necessidades para que possa ter um crescimento e desenvolvimento saudável, e da qual depende para a aquisição de capacidades e conhecimentos que lhe confirmam uma crescente independência até à sua autonomia (Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho, 2015). Neste sentido, a criança, pela sua vulnerabilidade, necessita de uma proteção e atenção especiais pelo que a enfermagem pediátrica se encontra estreitamente relacionada com o cuidado à criança e

¹Suplementação de papel (tradução proposta)

sua família uma vez que a estrutura e dinâmicas familiares em que está inserida a afetam influenciam a sua saúde e bem estar (Hockenberry & Barrera, 2014).

Sendo a família uma constante na vida da criança, Hockenberry e Barrera (2014), afirmam que os cuidados de enfermagem à criança devem ter como filosofia de cuidar os CCF, que se define como uma forma de cuidar das crianças e famílias que, numa relação de parceria colaborativa, as envolve no processo de cuidados (Ahmann, 1998; Regulamento nº. 123/2011 de 18 de Fevereiro, 2011). Apesar de atualmente não existir uma definição consensual dos CCF, identificam-se como princípios que regem esta filosofia: a partilha de informação, o respeito pelas diferenças, a parceria e colaboração, a negociação e os cuidados no contexto da família e da comunidade (Kuo et al., 2012). Contribui para o *empowerment* das famílias e para restaurar o controlo perdido, estimulando o envolvimento dos pais para que adquiram autonomia e responsabilidade pelo bem-estar do seu filho durante o internamento e em casa (Mikkelsen & Frederiksen, 2011; Shields, Pratt & Hunter, 2006). O *empowerment* é um conceito difícil de definir já que influencia e é influenciado pelo ambiente, no entanto é aceite que a falta deste poder origina sentimentos de desesperança, impotência, subordinação ou perda de controlo (Cabete, 2012). Sabe-se que o *empowerment* parental reduz a ansiedade e melhora o bem-estar familiar pelo que cabe aos enfermeiros que trabalham com as famílias satisfazer esta necessidade (Vuorenmaa, Halme, Perälä, Kaunonen & Åstedt-Kuriki, 2015).

No âmbito de cuidados de saúde à criança e jovem, tanto a criança e o jovem como a família devem estar incluídos no planeamento diário dos cuidados de forma a promoverem a sua autonomia e capacitação, bem como a tomada de decisão. Com os CCF é desenvolvida uma aliança terapêutica entre os pais/cuidadores e os profissionais de saúde (Smith, Swallow & Coyne, 2015; Maria & Dasgupta, 2016). O planeamento dos cuidados torna-se num processo dinâmico, onde a responsabilidade é partilhada entre a criança (se tiver capacidade para o fazer), a família e o enfermeiro (Casey, 2011). Os pais referem sentir-se mais confiantes e informados, com experiências positivas durante o internamento, o que impacta positivamente nos seus níveis de ansiedade (Melnik et al., 2004; Maria & Dasgupta, 2016).

Incluir os pais no processo de cuidados, numa perspetiva de CCF, pode ser uma tarefa desafiante e complexa, pelo que é essencial que a equipa de enfermagem e restante equipa de saúde desenvolvam capacidades relacionais, de comunicação, ensino e colaboração que promovam o envolvimento de toda a família. Deve ser reconhecida a

singularidade de cada membro da família, as suas experiências, receios e ansiedades de modo a poder definir intervenções que atendam às suas particularidades. Assim, com níveis crescentes de envolvimento parental no cuidado pretende-se não apenas trabalhar em parceria, mas que a família lidere o cuidado (Smith et al., 2015).

1.3. Transição para a parentalidade

O momento em que a mulher e o homem se transformam em mãe ou pai revela-se numa transição essencial na sua vida e um marco no processo de desenvolvimento de uma família (Cruz, 2005). Um filho inaugura um momento no ciclo vital da mulher e do homem, com repercussões no meio familiar sendo um dos momentos mais desafiantes da vida do casal e a tarefa mais complexa da idade adulta (Brazelton, 1992; Cruz, 2005).

O termo parentalidade tem origem no latim *parentâle*, e é definido por Dayan (1999), citado por Bayle (2006), como um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva que permite dois adultos tornarem-se pais, ou seja, serem capazes de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas dos seus filhos ao mesmo tempo que estabelecem com estes laços.

Ser pai e ser mãe implica uma contínua organização intra e interpessoal e uma reconstrução das suas identidades, espelhando uma progressão no exercício do próprio papel por forma a responder aos desafios da parentalidade e, assim, transitar de uma fase de desconhecimento e desequilíbrio para uma fase de competência e bem-estar (Martins, Abreu & Figueiredo, 2017). O período de transição para a parentalidade, que vai desde a concepção aos primeiros meses de vida da criança, constitui-se como uma oportunidade para os enfermeiros oferecerem suporte educacional e social às famílias, promovendo o domínio de novas competências e a reformulação da identidade individual (Everett et al., 2006 citado por Halle et al., 2008).

Com a transição para a parentalidade o casal assume novos papéis e funções, modificando comportamentos e adquirindo novas competências, o que torna esta uma fase de grande vulnerabilidade e instabilidade, que poderá ter repercussões na saúde e no bem-estar do RN, do casal e restante família. A OE reconhece a importância do papel parental na enfermagem pediátrica de excelência em que os pais são vistos como os principais cuidadores da criança. A sua capacitação para este papel insere-se nas funções

do EEESIP, que implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Meleis (2007) afirma que o enfermeiro interage com o indivíduo e família com a intenção de promover, restaurar ou facilitar o seu processo de saúde. Ao prestarem cuidados, os enfermeiros desenvolvem intervenções que lhes permitem antecipar, avaliar, diagnosticar e auxiliar os clientes a lidarem com as transições que vivenciam (Meleis, 2010). O REPE no n.º1 do artigo 4.º (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, 1996, p. 3) salienta que uma das funções do exercício da profissão de enfermagem é a de intervir no sentido de potenciar o desenvolvimento das competências parentais, de modo que o enfermeiro deve “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e os grupos sociais em que ele está integrado, (...) ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

Para facilitar os processos de aprendizagem dos futuros pais, os enfermeiros podem recorrer a métodos tais como promover o contato destes com pessoas relevantes para o seu processo de transição, ou proporcionar a observação de outros pais a desempenharem o papel parental para que possam refletir sobre o mesmo e adotá-lo, se lhes fizer sentido (Meleis, 2010). Também o treino das novas competências adquiridas poderá facilitar a confiança dos pais no seu novo papel de mãe ou pai (Meleis, 2010). De facto, Rapuzel (2011) concluiu que os casais valorizaram o suporte dos enfermeiros a nível educacional e informativo, ainda na maternidade, nomeadamente no que se refere aos cuidados prestados ao RN e durante o processo de amamentação, principalmente quando surgem dificuldades e dúvidas. Mais uma vez é salientada a importância do papel do profissional da enfermagem nas orientações antecipatórias às famílias, facilitando uma transição saudável quando se verifica uma alteração no papel e nas dinâmicas familiares.

1.3.1. Transição para a parentalidade na prematuridade: terapêuticas de enfermagem promotoras do regresso a casa

O nascimento prematuro leva a que a transição para o papel parental ocorra antecipadamente, verificando-se transições parentais múltiplas, sequenciais e relacionadas (a adaptação ao papel parental, a hospitalização do RN e a perda do RN idealizado), colocando estes pais numa posição de maior vulnerabilidade (Vieira et al, 2008; Meleis et al., 2000). Para que os pais de RN prematuros consigam fazer uma

transição saudável e ajustar-se ao novo papel e ambiente, necessitam de *empowerment* e mestria no exercício do papel que irão desempenhar – ser mãe e ser pai (Meleis, 2010). Apesar de o nascimento prematuro desencadear uma transição inesperada, Meleis (2010) afirma que esta pode ser positiva na medida em que, ao passar pelo evento, o indivíduo alcança uma maior maturidade e estabilidade, se a transição for bem-sucedida.

Define-se por RN prematuro os RN que nascem antes das 37 semanas de IG, passando por internamentos na UCIN devido à sua instabilidade hemodinâmica, dificuldade no controlo térmico, em respirar de forma autónoma e de se alimentarem, o que implica internamentos longos, com a presença de maquinaria desconhecida e assustadora tais como incubadora, ventiladores, sondas, cateteres e monitores que podem interferir com a capacidade de os pais se relacionarem com o RN acabado de nascer (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo Brazelton e Cramer (1989), no parto prematuro os pais sentem-se incompletos e perdidos, não sabendo reagir, quer pelo impacto do parto prematuro quer pelo facto de o bebé real não corresponder ao sonhado. Se a normal transição para a parentalidade já é acompanhada por um conjunto de incertezas e ansiedades por parte dos pais, então numa situação de hospitalização numa UCIN, esta experiência ganha outros contornos.

Com o internamento numa UCIN toda a família fica numa situação de stress, nomeadamente os pais que experienciam o desconhecido, a separação e a perda de autonomia num ambiente potencialmente ameaçador e estranho, o que pode afetar negativamente a dinâmica familiar (Heerman, Wilson, & Wilhelm, 2005). A aparência frágil e imatura do RN prematuro ou a pouca interação que conseguem ter com ele interfere negativamente com o desempenho do papel parental (Franck, Cox, Allen & Winter, 2005; Sikorova & Kucova, 2012). A privação do contacto precoce com o RN e a sua separação dos pais é vista como uma perda, uma interrupção do papel parental (Oliveira, 2001).

As mães experimentam perante o RN prematuro emoções de medo, culpa, ansiedade, solidão ou tristeza, o que as impede de aceitar o seu papel de mãe e a que se sintam meras espetadoras do cuidado em vez de fazerem parte dele (Doyle, 2011). Quando comparadas com mães de RN de termo, reportam níveis de ansiedade, depressão e stress mais elevados (Davis, Edwards, Mohay & Wollin, 2003; Zanardo, Freato & Zacchello, 2003), com taxas de depressão de 40% (Vigod, Villegas, Dennis & Ross,

2010) e sintomas de stress pós-traumático a afetarem 23% das mães (Vanderbilt, Bushley, Young & Frank, 2009). De facto, as características sociofamiliares e pessoais (Franck, Cox & Allen, 2005; Heerman, Wilson, & Wilhelm, 2005; Doyle, 2011; Sikorova & Kucova, 2012), as características da própria criança, físicas e comportamentais (Barros, 2001), e o ambiente desconhecido e potencialmente ameaçador (Cleveland, 2008) da UCIN podem ser inibidores da transição para a parentalidade na prematuridade.

O EEESIP deverá criar um ambiente propício ao desenvolvimento do RN prematuro e a uma parentalidade saudável, que minimize os efeitos negativos do internamento numa UCIN e que promova condições facilitadoras da transição para a parentalidade tendo em consideração as particularidades do RN e da sua família (Meleis, 2010). Os cuidados antecipatórios, nomeadamente a nível da transmissão de conhecimentos e preparação, promotores da mestria das capacidades parentais, são essenciais para a ocorrência de transições saudáveis. Como fatores facilitadores da transição para a parentalidade na prematuridade identificam-se as características pessoais e familiares, o ambiente do contexto de neonatologia promotor de cuidados em parceria e a preparação para a alta, que inclui a visitação domiciliária (Dellenmark-Blom & Wigert, 2013; Umberger, Marcha, Canvasser & Hall, 2018).

A transição para a parentalidade vivida por pais de RN prematuros e a adaptação ao novo papel parental depende, ainda, em grande parte, da interação diária com os profissionais de saúde (Heydarpour, Keshavarz & Bakhtiari, 2016). A promoção da participação dos pais na prestação de cuidados durante o internamento e um maior apoio na preparação para a alta melhoram a confiança no papel parental, promovem a ligação RN/mãe/pai e reduzem a ansiedade no momento da alta (Wigert et al., 2010; Heydarpour, et al., 2016). Um estudo realizado junto de 28 mães na Austrália cujos filhos estavam numa UCIN realça o quão inibitória a interação entre os enfermeiros e os pais pode ser, indicando que uma relação de parceria de cuidados, facilitada pela conversação diária, tem um impacto positivo no sentimento de confiança, competência e ligação ao RN (Fenwick, Barclau & Schmied, 2001).

Em neonatologia os cuidados de enfermagem devem assentar num modelo colaborativo segundo o qual o envolvimento das famílias é central para a saúde do RN e, no qual, são convidadas a participar na tomada de decisão, planeamento e prestação de cuidados, na medida que considerarem certa, em parceria com a equipa de enfermagem (Ahmann & Johnson, 2001; Shields et al., 2006). As necessidades do RN e da família

estão no centro dos cuidados num ambiente que encoraja a parceria de cuidados desde a admissão à alta (Mead & Bower, 2000, Davis et al., 2003). Maria e Dasgupta (2016) demonstram que o afastamento dos pais da prestação de cuidados e da tomada de decisão leva a um aumento dos níveis de ansiedade.

O toque, primeira forma de contato com o RN, e a prática regular do método canguru facilitam a transição saudável do papel parental e a tomada de consciência da identidade de se ser pai e mãe do bebé real (Hockenberry & Wilson, 2014; Noréna, Nyqvistb, Rubertssonb & Blomqvista, 2018). A prática regular do método canguru, que consiste no contacto direto do RN despido, apenas com a fralda, junto do peito da mãe/pai também despido, por um período de tempo não inferior a uma hora, tem-se mostrado benéfico tanto para os pais como para o RN, já que promove a vinculação e permite que os pais aprendam a responder às necessidades e manifestações do seu bebé (Norén et al., 2018). Este método está associado à redução da depressão pós-parto, à redução da ansiedade dos pais, à promoção da lactação e a melhores taxas de sucesso na amamentação (Grant, 2010).

Um ambiente promotor da amamentação e extração de leite junto ao RN (Umberger et al., 2018) e a comunicação com as famílias de forma clara, numa linguagem simples e empática, confirmando que os pais compreenderam a informação transmitida, pedindo-lhes para tal que repitam o que lhes foi dito, é importante na promoção de um ambiente facilitador da transição para a parentalidade (Umberger et al., 2018). Fornecer informação escrita e panfletos às famílias, ou a presença de posters na UCIN que promovam a participação dos pais nos cuidados facilitam, também, esta transição (Umberger et al., 2018). Os pais devem ser sempre encorajados a questionar e participar nas rondas médicas, usando-se preferencialmente o termo “pais” em vez de “mãe” ou “pai” para que ambos se sintam parte integrante da discussão (Voo et al., 2011).

Whittingham, Boyd, Sanders & Coldiz (2013) consideram que compreender as experiências e as preferências dos pais de RNs prematuros permite planear de forma individualizada as intervenções de enfermagem. Cleveland (2008), num estudo junto de pais cujos RNs estavam numa UCIN, identifica as intervenções de enfermagem que estes reconhecem importantes para o desenvolvimento das competências parentais, de entre as quais: informar os pais sobre as especificidades da UCIN nas visitas à maternidade; orientar os pais aquando da admissão do RN na UCIN; fornecer toda a informação e envolver ativamente os pais no processo de tomada de decisão; envolver os pais nos

cuidados ao RN, sempre que possível; apoiar emocionalmente os pais; implementar cuidados promotores do desenvolvimento infantil; prestar cuidados de enfermagem de qualidade, assentes na capacitação dos pais e nos CCF. A criação de espaços mais confortáveis junto do RN, a facilitação do estacionamento no hospital e a criação de locais para descansar ou preparar refeições, mostraram-se facilitadores da permanência dos pais durante o internamento (Jiang, Warre, Qiu, O'Brien & Lee, 2014).

A prestação de cuidados segundo uma filosofia de CCF apresenta benefícios claros para os pais e para o RN, tendo o potencial para reduzir o tempo de internamento, diminuir complicações e promover a amamentação (Ortenstrand, 2010; Boundy et al., 2016). O *Neonatal Integrative Developmental Care Model* proposto por Altimier e Phillips (2016) orienta a prestação de cuidados neuroprotetores assentes na filosofia dos CCF a RN prematuros e suas famílias numa UCIN. De entre as 7 medidas neuroprotetoras referenciadas, de destacar a parceria de cuidados com as famílias e a redução do stress e da dor. O contacto pele com pele, designado habitualmente de método canguru, é considerado a base do cuidar em neonatologia, pelo que a díade mãe/criança estão no centro da representação gráfica deste modelo, rodeados dos símbolos promotores de um ambiente favorável e propício ao desenvolvimento neurológico, físico e emocional do RN (Altimier & Phillips, 2016).

A relação de parceria durante o internamento promove nos pais o sentimento de confiança e competência para prestação de cuidados no domicílio (Umberger et al., 2018). Rodrigues (2010) afirma que a preparação para a alta se inicia no primeiro dia de internamento com o acolhimento da família, que gradualmente vai participando autonomamente nos cuidados, facilitado pelas orientações antecipatórias da equipa de enfermagem sobre os cuidados a prestar, tendo em atenção as especificidades do cuidar de um RN prematuro.

O Guia Orientador de Boas Práticas da OE (OE, 2011a) recomenda intervenções com vista à preparação para a alta, de salientar: promover a relação com os pais, incentivar o papel parental durante a hospitalização; integrar e implicar os pais / criança nos cuidados e no planeamento da alta; promover o desenvolvimento das competências dos pais; ensinar, instruir e treinar os pais sobre todos os cuidados que vão prestar em casa; visita domiciliária de preparação da alta, se necessário.

A visita domiciliária, numa fase inicial, apresenta-se como a ponte entre o hospital e o domicílio e uma intervenção de enfermagem que visa apoiar a transição da

família no regresso a casa (Lopez, Anderson & Feutchinger, 2012; Dellenmark-Blom & Wigert, 2014). Fägerskiöld, Wahlberg e Ek (2001) afirmam que a visitação domiciliária pode influenciar o desenvolvimento do relacionamento familiar e prevenir disfunções familiares por permitir detetar as necessidades, os recursos e os apoios de que a família dispõe para fazer face às dificuldades encontradas. O estudo de Dellenmark-Blom e Wigert (2013) mostra que a visitação domiciliária e a facilitação do contato telefónico após a alta vão ao encontro do conceito de CCF em que são os pais os principais cuidadores e decisores sobre os cuidados do RN, reforçando o sentimento de não abandono após a alta.

Perante uma transição para a parentalidade alterada por um parto prematuro ou pelo facto de o RN ter tido uma admissão na UCIN o casal vive um período de vulnerabilidade, para o qual tem que encontrar respostas à nova realidade para que se verifique uma transição saudável.

2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO

A temática da transição para a parentalidade em pais de RNs prematuros surge como forma de responder a uma inquietude emergente da minha prática profissional, a de facilitar a transição para a parentalidade no contexto complexo de uma UCIN. De facto, o exercício da parentalidade influencia a promoção da saúde e bem-estar da criança, verificando-se que a sua ausência ou alteração poderá ter um impacto mais ou menos negativo no saudável desenvolvimento físico e emocional do RN, o que pode em última instância desencadear o aparecimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage, Everett & Bullock, 2006). Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros pela posição de proximidade que têm junto aos pais, assumirem um papel facilitador da transição para a parentalidade na prematuridade e encarar o RN e sua família como parceiros nos cuidados, reconhecendo e promovendo o desenvolvimento das suas competências (OE, 2011b).

Surge assim a **temática** da transição para a parentalidade em pais de RNs prematuros. O conhecimento científico explanado anteriormente evidencia as necessidades e preocupações dos pais em contextos de UCIN, em que ressalta o exercício do papel parental numa situação de transição do desenvolvimento dificultada pela situação de prematuridade e hospitalização daí decorrente, pelo que se torna evidente a importância deste tema. O **problema** em estudo é, assim, a transição dificultada pela prematuridade e separação. O **objeto de estudo** tem como foco as terapêuticas de enfermagem facilitadoras do regresso a casa do RN prematuro e suas famílias no sentido do desenvolvimento das minhas competências enquanto futuro EEESIP.

Whittingham et al., (2013) consideram que compreender as experiências e as preferências dos pais de RNs prematuros permite individualizar o planeamento das intervenções de enfermagem junto dos pais. O estudo realizado por Cleveland (2008) junto de pais numa UCIN identifica as intervenções de enfermagem que estes reconhecem como sendo importantes para o desenvolvimento das suas competências parentais, de entre as quais: informar os pais durante o período sobre as especificidades da UCIN nas visitas à maternidade; orientar os pais aquando da admissão do RN na UCIN; fornecer toda a informação e envolver ativamente os pais no processo de tomada de decisão; envolver os pais nos cuidados ao RN, sempre que possível; apoiar emocionalmente os

pais; implementar cuidados promotores do desenvolvimento infantil; prestar cuidados de enfermagem de qualidade, assentes na capacitação dos pais e nos CCF.

A necessidade de informação, de comunicação e de suporte emocional são identificadas por Mundy (2010) como as principais necessidades dos pais numa UCIN. Já Roque e Costa (2014) mencionam a necessidade de supervisão, orientação e educação como instrumentos fundamentais para potencializar as capacidades dos pais nos cuidados ao RN. Após provir os pais de competências e autonomia no cuidado do RN prematuro, com todas as especificidades que lhe estão inerentes, surge o momento da alta para o domicílio. A preparação para o regresso a casa e de um plano de alta tem início no momento do acolhimento e decorre durante todo o internamento, através do envolvimento dos profissionais de saúde e família para que as necessidades do RN sejam satisfeitas de forma adequada no domicílio (Roque & Costa, 2014). As terapêuticas de enfermagem promotoras do regresso a casa numa UCIN integram as intervenções desde o acolhimento até ao momento da transição para o domicílio e o acompanhamento da equipa de enfermagem no domicílio, de forma a facilitar a transição para a parentalidade e dar continuidade aos cuidados após a alta.

A evidência científica apresentada revela a necessidade de um acolhimento adequado aquando da admissão da família na UCIN, da necessidade de promover a aquisição de competências parentais através de orientações antecipatórias e da parceria de cuidados, e a necessidade de haver um acompanhamento das famílias após a alta da UCIN. A possibilidade de estruturar e documentar este percurso para que exista evidência das competências adquiridas pelos pais ao longo do internamento, seria facilitador da transição para a parentalidade na prematuridade e orientador do seu percurso na UCIN.

3. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O presente capítulo pretende descrever e analisar de uma forma crítica o percurso e as atividades realizadas ao longo das 18 semanas de estágio, em diversos contextos, com o objetivo de refletir e apresentar as competências desenvolvidas e adquiridas enquanto futura EEESIP.

Com o intuito de estruturar e organizar o meu percurso foi utilizada como estratégia a elaboração de um guia orientador de estágio (apêndice III), apresentado e discutido com o enfermeiro orientador em cada contexto de estágio, de forma a ser exequível e ajustado às particularidades de cada local bem como à minha necessidades formativas. Neste sentido, considerando a necessidade de desenvolver competências enquanto EEESIP e os meus interesses pessoais e profissionais, foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos:

A. Promover o desenvolvimento da criança e do jovem:

- a. Desenvolver capacidades de comunicação com a criança, jovem e família ajustadas ao estadio de desenvolvimento;
- b. Desenvolver práticas de cuidados, promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, numa perspetiva de cuidados não traumáticos.

B. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem com foco na facilitação da transição para a parentalidade em situação de prematuridade:

- a. Analisar práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade, em idade pediátrica;
- b. Desenvolver um guia de preparação do regresso a casa e acompanhamento no domicílio baseado no projeto “*Steps to home passport*”.

A reflexão crítica sobre este percurso assenta e é fundamentada nas atividades desenvolvidas que visaram a consecução dos objetivos gerais e específicos estabelecidos, bem como as competências desenvolvidas enquanto futuro EEESIP. A metodologia utilizada neste percurso formativo baseou-se na descrição, crítica e reflexão, na e sobre a prática, com recurso a pesquisa bibliográfica (bases de dados *Cinahl*, *Medline* e *Scielo*) sobre a problemática em análise e na auscultação de peritos no sentido de formar um saber capaz de responder às necessidades identificadas. A reflexão permite compreender e criticar os conhecimentos que se formaram em torno das experiências resultantes da prática podendo atribuir um novo significado às situações de incerteza ou singularidade que a prática permitiu experienciar (Schön, 1983).

A escolha dos contextos de estágio surgiu em consonância com o projeto delineado previamente, por forma a facilitar a exposição a uma variedade de situações necessárias ao desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família. Os contextos de estágio foram organizados numa lógica de complexidade crescente das atividades a desenvolver, por forma a que me sentisse mais confortável na interação com as crianças e suas famílias, em situações diferentes das que habitualmente encontro enquanto enfermeira numa UCIN. A exposição das atividades desenvolvidas ao longo deste percurso está agrupada segundo os objetivos definidos por forma a demonstrar as atividades realizadas para a sua consecução.

3.1. Promover o desenvolvimento da criança e do jovem

3.1.1. Descrição e análise das atividades desenvolvidas

O EEESIP trabalha em parceria com a criança e família, em qualquer contexto em que estes se encontrem para promover o mais elevado estado de saúde, o desenvolvimento infantil e a parentalidade (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Considerando o autodiagnóstico realizado com vista a identificar as competências a aprofundar enquanto futura EEESIP, verificou-se uma maior necessidade de desenvolver competências ao nível das **práticas de cuidados promotores do desenvolvimento** da criança e jovem e da **comunicação** ajustada aos diferentes estadios de desenvolvimento.

No **Internamento de Pediatria** verifiquei a importância de criar ambientes seguros para as crianças e de procurar diminuir os fatores de stress, através da criação de salas próprias para brincar e para a realização de atividades (OE, 2010a). As características do meio envolvente foram importantes para aligeirar o momento que a criança estava a passar e para a deixar continuar a ser criança, sendo potenciadoras e promotoras do desenvolvimento infantil. Corredores pintados, com desenhos alusivos à infância, a existência de televisão nos quartos com canais infantis, e a presença regular dos doutores palhaços trazem alegria e sorrisos às crianças. A existência de uma sala de atividades e de brinquedos adequados às diferentes etapas de desenvolvimento, salas com computadores e videogames para as crianças mais velhas, ou a existência de camas para todas as idades (camas de grades e camas grandes) permitem a segurança das crianças ao mesmo tempo que respeitam o ambiente dos adolescentes.

A tomada de consciência da importância do espaço físico e da presença dos pais durante o internamento da criança, influenciou positivamente a minha prática. A família é a referência fundamental para a prestação de cuidados humanizados. Cada família é única, pelo que as diferentes intervenções de enfermagem devem ser individualizadas. Ao longo deste estágio percebi, mais uma vez, a importância de incentivar a permanência dos pais junto dos seus filhos e de os incluir, em parceria, na prestação de cuidados, inclusivamente aquando da realização de procedimentos de enfermagem invasivos. Sanders (2014) refere que a separação dos pais ou pessoas significativas, a perda de controlo e autonomia e o medo do desconhecido são os principais fatores geradores de stress para as crianças durante a hospitalização.

Reconhecer a família como a principal cuidadora da criança conduziu a que o meu foco principal de atenção fosse não apenas a transição de saúde-doença que vivenciavam com o internamento da criança, mas também as possíveis transições de desenvolvimento. Assim, através de cuidados antecipatórios, forneci informação relativamente à importância da alimentação saudável e da higiene oral, da promoção de hábitos de sono adequados, de atividades promotoras do desenvolvimento ou de estilos de vida saudáveis, por forma a desenvolver junto dos pais, intervenções que promovessem a maximização do potencial de desenvolvimento da criança, como indicado no PNSIJ (DGS, 2013), ao “facultar aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade” (DGS, 2013, p.7). Ter mais conhecimento sobre a experiência que estão

a vivenciar ajuda ao estabelecimento de expectativas realistas e a que desenvolvam estratégias facilitadoras de uma transição saudável, como refere Meleis (2010). Para tal, contribuiu também a elaboração de um folheto para entregar aos pais sobre os desafios à parentalidade em situações de internamento (apêndice VI).

Este percurso de estágio permitiu, ainda, integrar a importância do brincar durante a hospitalização, nomeadamente aquando da realização de procedimentos dolorosos, atingindo o objetivo definido inicialmente, o de desenvolver práticas de cuidados, promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, numa perspetiva de cuidados não traumáticos.

O EEESIP deve interagir com a criança recorrendo a brincadeiras, para que a sua presença não se relacione apenas com intervenções dolorosas e perturbadoras, conseguindo mais facilmente estabelecer uma relação de proximidade e confiança com a criança (Diogo, 2015). O brincar funcionou sempre como uma primeira abordagem à criança, como forma de ela me reconhecer como alguém em quem pode confiar. Desta forma, tornou-se mais fácil negociar cuidados ou torná-los menos dolorosos uma vez que a criança estava distraída com um brinquedo ou com a televisão, por exemplo. É essencial, no entanto, adequar a brincadeira à idade da criança e aos brinquedos que mais gosta.

Hockenberry & Wilson (2014) afirmam que brincar é o “trabalho” da criança e o seu mundo mágico. Brincar é essencial para o seu desenvolvimento e constitui um dos seus direitos reconhecidos no artigo 31º da Convenção Internacional dos Direitos da Criança das Nações Unidas, ratificado na Carta da Criança Hospitalizada, que refere que “o Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança” (Instituto de Apoio à Criança, 2008). Mais do que essencial ao desenvolvimento da criança em situação de doença crónica ou de internamento, o brincar é terapêutico. Assim, a utilização de materiais lúdicos favorece o processo de restabelecimento e a capacidade de ajuste da criança ao hospital (Oliveira, Dias, & Roazzi, 2003), fazendo do ambiente hospitalar um lugar menos desagradável e a permanência das crianças menos dolorosa (José, 2002).

A título ilustrativo não posso deixar de referir uma situação em que foi necessário colher sangue a uma criança de 4 anos de idade, já diagnosticada com drepanocitose e submetida a colheitas de sangue regulares como forma de controlar e avaliar a sua situação clínica. Neste sentido, a criança já sabia que este iria ser um procedimento

doloroso. Com a promoção da presença da mãe e através do que aprendi sobre a importância do brincar (utilização de marionetas nesta situação) como forma de distração, foi possível que a criança estivesse calma e distraída durante o procedimento, colaborando. Ao aplicar a Escala de faces de Wong-Baker após o procedimento, a criança avaliou a sua dor como sendo 4, numa escala de 1 a 6 em que 6 era a pior dor imaginável. Utilizar, por exemplo, autocolantes de mérito no final do procedimento permitiram que uma experiência dolorosa se tornasse mais humanizada e promotora do desenvolvimento da criança. Passados cerca de 30 minutos do procedimento, e tendo continuado a brincar com a criança e a usar a distração como estratégia para controlo da dor, a criança avaliou a sua dor na mesma escala em 1, demonstrando que as medidas não farmacológicas implementadas foram eficazes.

Avaliar a dor da criança através da utilização de escalas permite identificar e reconhecer a criança com dor, uniformizando a linguagem dentro da equipa de saúde por forma a facilitar a aplicação de intervenções de enfermagem que controlem a dor durante procedimentos dolorosos, e consequentemente, a melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Orientação nº 014/2010 de 14 de Dezembro, 2010). De facto, avaliar a dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças.

Através da observação participante da prática dos EEESIP, verifiquei que o internamento hospitalar de um filho origina um elevado grau de ansiedade e um misto de sentimentos a toda a família. A pesquisa de literatura sobre os princípios gerais orientadores da comunicação e os princípios específicos de comunicação com a criança e com o adolescente, descritos pela OE (2010a) e por Hockenberry (2014), foi essencial para compreender as práticas desenvolvidas pelos peritos e melhorar a minha interação com a criança e o jovem. A comunicação é essencial nos processos de interação, estando presente em todos os momentos de contacto entre o enfermeiro e a criança, o jovem e/ou sua família, o que vem sublinhar a importância de que se estabeleça de um modo eficaz.

Em diversas circunstâncias transmiti orientações antecipatórias à criança, jovem e suas famílias, adequadas à idade e estadió de desenvolvimento em que se encontravam. Foi sendo gradualmente mais fácil interagir com as crianças, perceber que são elas quem guiam e devem guiar a minha prática de cuidados. Todas as interações que tive com as crianças e as suas famílias foram num ambiente apropriado, garantindo um contexto adequado ao estabelecimento da comunicação, manifestando-se através do olhar atento, do tom de voz calmo, ou do toque se apropriado, estabelecendo um vínculo terapêutico

mais eficaz (Calvetti, Silva & Gauer, 2008). Uma comunicação personalizada, simples e apropriada ao estadio de desenvolvimento da criança e ao contexto sociocultural da sua família, nível de conhecimento e estado emocional foram pressupostos tidos em consideração para o estabelecimento de uma comunicação efetiva (Hockenberry, 2014).

A realização de um estudo de caso (apêndice IV) sobre uma família com dificuldades comunicacionais devido à barreira linguística, que estava a vivenciar uma transição de saúde-doença e desenvolvimental após o diagnóstico de diabetes inaugural a uma criança, bem como diariamente discutir com a equipa multidisciplinar situações de cuidados específicos, permitiu-me trabalhar e desenvolver competências comunicacionais. Para a realização deste estudo de caso houve a necessidade de pedir autorização aos pais da criança, salientando que os dados recolhidos eram apenas para fins académicos mantendo a confidencialidade, de forma a aprofundar o meu conhecimento sobre a temática em questão e sobre as terapêuticas de enfermagem que eram passíveis de ser desenvolvidas para promover uma transição saudável. Para tal tive que recorrer ao uso de português, inglês e ao google tradutor para colmatar a barreira linguística entre o português e o crioulo, o que permitiu que fosse ganhando a confiança da criança e da sua família. Consegui identificar, por exemplo, que a família não sabia ver as horas o que poderia ser um risco em caso de hipoglicémia uma vez que teriam que saber contabilizar após quantos minutos teriam que reavaliar a glicémia capilar. Seguidamente, elaborei, com a criança, um relógio em papel onde ela pudesse desenhar os ponteiros e assim aprender a ver as horas. Envolver a família permitiu promover uma transição saudável de saúde-doença, salientando a importância da comunicação para a sua promoção.

Comunicar com as famílias, negociar cuidados, adequar a linguagem a quem prestava cuidados durante o estágio no internamento de pediatria, promover o brincar terapêutico e o cuidado não traumático, permitiu-me desenvolver capacidades de comunicação com a criança, jovem e família ajustadas ao estadio de desenvolvimento em que se encontravam, enquanto desenvolvia práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem.

A experiência de estágio no **Serviço de Urgência Pediátrica** teve o intuito de aprofundar conhecimentos e habilidades na área da comunicação e da promoção do desenvolvimento da criança e do jovem em situações de urgência. No decurso do contexto, pela sua especificidade, a minha presença foi de observação e observação

participante dos cuidados prestados pelo EEESIP. Foi sempre promovido um ambiente de discussão que permitisse identificar formas de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem no SUP, ao mesmo tempo que era discutido o papel do EEESIP nas diferentes áreas do SUP.

Pude observar os EEESIP e participar na prestação de cuidados à criança, ao jovem e sua família numa perspetiva da promoção do desenvolvimento infantil tendo em consideração os cuidados antecipatórios preconizados no PNSIJ. É fundamental que o EEESIP no SUP tenha consciência dos comportamentos característicos de cada estadio de desenvolvimento infantil e dos sinais de alarme, apesar de a criança poder não estar na sua melhor forma quando recorre ao SUP. O Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da OE (2010a), evidencia a necessidade de o enfermeiro estar alerta para detetar situações de risco no que respeita ao desenvolvimento infantil, independentemente do contexto de cuidados.

Tendo esse facto em consideração é pertinente salientar uma situação em que um RN recorreu ao SUP por sonolência e recusa alimentar, com pouco interesse na mama. Após observação participante da triagem questionei quando tinha sido a última vez que os pais tinham observado urina na fralda, ao que me responderam “ontem à noite” (sic) e questionei-me se o RN estaria a amamentar corretamente e a fazer uma pega correta na mama. Neste sentido, convidei os pais a acompanharem-me a uma sala resguardada para que pudesse observar o RN mamar. De facto, a posição do RN na mama não era a correta, dificultado pelo facto de a mãe ter um mamilo raso. Apesar de o RN ter ficado internado durante 1 dia na sala de observação foi possível desenvolver com os pais estratégias que promovessem a amamentação, tais como a extração de leite com uma bomba elétrica ou o uso de mamilo de silicone, de forma a que o estabelecimento da amamentação, importante para a mãe, fosse eficaz.

Apesar de a natureza do SUP não estar vocacionada para a educação para a saúde mas antes para a atuação em resposta a situações urgentes e emergentes, justifica-se que o papel do EEESIP aqui passe, também, por promover o desenvolvimento da criança através da identificação de estratégias que sejam facilitadoras do desenvolvimento da competência parental e da autonomia dos pais no processo de cuidar. Previnem-se, deste modo, vindas desnecessárias ao SUP e a exposição do RN ao risco do ambiente de um SUP.

Inicialmente, onde me senti menos confortável, foi na triagem pela necessidade de uma abordagem rápida à criança e família e por ter que mobilizar estratégias de comunicação com a criança que facilmente ficava chorosa e agitada. Ao longo do estágio, já tendo encontrando algumas estratégias que me permitissem mais facilmente abordar as crianças tais como, por exemplo, a avaliação da temperatura como um jogo ou fornecer folhas onde pudessem desenhar ou brinquedos que lhes permitisse distraírem-se. Procurei mostrar-me disponível para as famílias, esclarecendo as suas dúvidas e explicando-lhes todos os procedimentos ou tratamentos que necessitei de realizar, de forma a diminuir a sua ansiedade e a que não se sentissem sozinhos durante o tempo de permanência no SUP. O acompanhante da criança, quando munido de orientações claras, pode contribuir para os cuidados e é ele quem, muitas vezes, lhe dá continuidade pelo que a promoção da presença da família no SUP pode ser facilitadora (Nascimento, 2017).

O enfermeiro na triagem é o primeiro profissional de saúde a contactar com a criança/jovem e pais/cuidadores pelo que a sua abordagem inicial tem um grande impacto na forma como os mesmos se irão relacionar com a restante equipa no SUP. Um adequado acolhimento no SUP, assente numa filosofia de CCF, em que as necessidades da criança e da família são tidas em consideração, facilita os processos adaptativos numa situação potencialmente geradora de ansiedade e de sentimento de perda do papel parental. Desta forma, compete ao EEESIP ouvir e valorizar o que é verbalizado pelos pais, transmitindo-lhes segurança e confiança, algo que tive sempre em consideração.

Na triagem foi-me possível, através da observação participante das atividades desenvolvidas pelo EEESIP, compreender a avaliação da gravidade e prioridade de diversas situações de doença da criança e jovem, através do recurso ao Sistema de Triagem de Manchester. Este sistema só pode ser aplicado por profissionais detentores de formação credenciada e, permite, através de fluxogramas pré-definidos, a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à observação médica, de forma objetiva e sistematizada, com a atribuição de uma pulseira de cor (branco, azul, verde, amarelo, vermelho) a que correspondem diferentes níveis de gravidade (Grupo Português de Triagem, 2015).

A observação da implementação de medidas não farmacológicas e farmacológicas para o alívio da dor em contexto de urgência, possibilitou-me uma reflexão sobre as mesmas ao mesmo tempo que me permitiu desenvolver práticas de cuidados, promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, numa perspetiva de cuidados

não traumáticos. A respeito das estratégias não farmacológicas, apercebi-me do uso da distração, do reforço positivo, da imaginação guiada, do relaxamento muscular (exercícios de respiração diafragmática e de relaxamento ativo) e do humor. De facto, o humor apresentou-se como uma estratégia de comunicação muito eficaz com a criança e adolescente, uma vez que contribuiu para relativizar as situações e ainda estimular expressões como o riso e o sorriso, associadas ao prazer e bem-estar de acordo com a MCEESIP (2013).

Como analisado no jornal de aprendizagem em apêndice VIII, controlar a dor pode reduzir o tempo para a realização de um procedimento e torná-lo numa experiência menos traumática. Fui cada vez mais recorrendo a estratégias não farmacológicas tais como a distração enquanto o EEESIP realizava procedimentos dolorosos, bem como a sugerir o uso de protóxido de azoto, disponível na sala de tratamentos. Fui alertando a equipa para a necessidade e importância de controlar a dor na criança, recorrendo aos recursos existentes.

Seguiu-se o contexto de estágio no **Centro de Desenvolvimento da Criança**, onde a área de atuação da equipa de enfermagem se insere na promoção de um nível máximo de adaptação da criança, jovem e família, à sua situação de saúde. Esta intervenção visa ajudá-los a ultrapassar a crise, recorrendo a terapêuticas de enfermagem que promovam uma transição saudável em situações de especial complexidade, nomeadamente em crianças e jovens com necessidades especiais. Promove-se a aquisição de conhecimento e estratégias de *coping* dos que vivenciam transições, desencadeando respostas positivas a essas mesmas transições para que a família consiga restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis et al., 2000).

Tendo em conta a duração do estágio neste contexto, 2 semanas, foi acordado com a enfermeira orientadora que não seria possível intervir nas consultas de enfermagem ou aplicar uma escala de avaliação de desenvolvimento às crianças, mas antes que eu desenvolvesse uma observação participante. No entanto, de forma a que a dinâmica da interação, família/enfermeira, já antes estabelecida, não fosse interrompida ou alterada por mim, respeitando a relação terapêutica já estabelecida, após cada consulta, houve sempre a possibilidade de refletir e questionar a EEESIP.

Os cuidados de enfermagem prestados no CDC são caracterizados por intervenções autónomas e interdependentes em três áreas de intervenção de entre as quais a Consulta de Neonatologia de follow-up, em que o EEESIP age como gestor de caso

das famílias que acompanha e é o elo de ligação dentro da equipa multidisciplinar na articulação com a comunidade.

Pude observar que a organização do espaço físico do CDC tem em consideração a promoção de um ambiente pediátrico, onde as crianças se sintam bem-vindas, com a sala de espera, corredores, sala de tratamentos e gabinetes de consultas, repletos de desenhos e brinquedos como forma de distrair e entreter as crianças. A sala de espera tem mesas e cadeiras adequadas a crianças nos diferentes estádios de desenvolvimento e com diferentes limitações, com locais onde podem brincar. Os espaços e corredores são amplos de forma a permitir a fácil circulação de cadeiras de rodas ou macas, e as casas de banho adaptadas às diferentes crianças e jovens. É de salientar que quase todas as famílias conhecem a equipa multidisciplinar pelo nome. Para isso contribui em grande medida o modo como os profissionais de saúde estabelecem o primeiro contacto com as crianças e famílias. A equipa opta por ir chamar a criança à sala de espera em vez de recorrer a um intercomunicador, de forma a receber a família ao mesmo tempo que inicia a avaliação do desenvolvimento da criança (como brinca em grupo, qual o seu comportamento, avalia a marcha até ao gabinete, dinâmica familiar), e assim transmitem aos pais um sentimento de valorização.

A escolha deste CDC foi motivada pela existência de uma consulta de neonatologia de follow-up para a qual são referenciados todos os RN pré-termo de idade gestacional inferior a 32 semanas, sendo a calendarização da consulta dependente das necessidades específicas de cada criança. Desta forma, é conseguido um programa individual de vigilância e promoção da saúde e do desenvolvimento de capacidades e potencialidades da criança e sua família, dando resposta às suas necessidades, tal como recomendado pela DGS (2013).

Pude acompanhar a referenciação de uma família para a consulta de neonatologia de follow-up, após a qual a EEESIP se dirigiu à UCIN desse Hospital Central, apresentou-se aos pais do RN, explicou-lhes o papel do CDC, o que esperar das consultas de desenvolvimento agendadas e entregou-lhes um cartão com o contacto do CDC caso necessitassem. O facto de a enfermeira se dirigir aos pais, mostrou-se benéfico para eles pois apresentou o percurso, muitas vezes desconhecido, após a alta da neonatologia, e iniciou, com estes, a construção de uma relação de confiança antes de se dirigirem ao CDC. A visita pela EEESIP, que iria acompanhar a família no CDC, mostrou-se facilitadora da promoção do desenvolvimento infantil ao providenciar terapêuticas de

enfermagem promotoras da mestria parental e estratégias de *coping* para lidar com a ansiedade do desconhecido, por reconhecerem no CDC uma fonte de suporte.

Nestas consultas tive a oportunidade de observar as indicações que a EEESIP dava aos pais de forma a orientá-los para as necessidades específicas do seu filho ao mesmo tempo que fornecia estratégias para intervenções futuras. No âmbito da consulta de neonatologia de follow-up, a enfermeira avalia o crescimento e desenvolvimento da criança, antecipa as transições do seu desenvolvimento e capacita os pais para o promover, em consonância com o Guia Orientador de Boa Prática de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010a). Os enfermeiros têm um papel preponderante nas orientações antecipatórias fornecidas aos pais, permitindo-lhes sentir confiança no seu próprio papel de pai/mãe e desenvolver a mestria nos seus papéis parentais (OE, 2010a).

A consulta de enfermagem é realizada pela EEESIP e segue as orientações do PNSIJ, recorrendo à escala de avaliação de *Mary Sheridan* Modificada (DGS, 2013). Esta escala permite a deteção de desvios dos parâmetros normais do desenvolvimento e o encaminhamento para outros profissionais de acordo com a necessidade identificada (DGS, 2013). Apesar de não ter tido a possibilidade de a aplicar, tive a oportunidade de assistir à sua aplicação nas consultas de enfermagem, em que a EEESIP, enquanto brincava com a criança e lhe propunha desafios, conseguia ter a sua atenção e a sua confiança de modo a aplicar a escala. De facto, esta consulta não era feita com papel e caneta. Era antes ditada pelo comportamento da criança e a forma como ela interagia com a enfermeira, no chão, na mesa ou onde a criança se sentisse mais confortável dentro da sala de enfermagem. Esta realidade foi para mim diferente e desafiante, mas possibilitou a aquisição de competências na área da comunicação. A relação estabelecida entre a EEESIP e as famílias era de uma verdadeira parceria, onde prevalecia a negociação e a confiança, sendo a prática de CCF uma realidade em todas as consultas de enfermagem. Frequentemente a enfermeira ouvia o desabafo dos pais, dava-lhes ânimo e mostrava-se como uma figura amiga, com quem podiam falar.

A observação da avaliação do desenvolvimento destas crianças permitiu-me refletir sobre os cuidados que presto em neonatologia, e como podem ter repercussões na vida futura destes RN, nomeadamente no neurodesenvolvimento. Fica mais evidente a necessidade de controlar a dor ou de posicionar corretamente o RN prematuro, recorrendo a terapêuticas de enfermagem neuroprotetoras tal como defendem Altimier & Phillips (2013).

A comunidade onde a criança se integra, o ambiente familiar e a possibilidade de frequentar uma escola são fundamentais para o restabelecimento de uma vida normal na família, para que os pais possam voltar a trabalhar e para que, dentro das suas possibilidades, a criança possa ser independente e interagir com crianças da sua idade. Para tal, é necessária a articulação entre as diferentes instituições de saúde, de educação, e da comunidade. É essencial o papel das ELIs, no âmbito do SNIPI, que mobiliza os recursos disponíveis na comunidade, assegurando que as famílias recebam cuidados diferenciados (enfermeiro, outros terapeutas), necessários à criança com doença crónica, no domicílio (OE, 2011b).

Apesar da importância da articulação com a comunidade no pós-alta e a importância da promoção do desenvolvimento da potencialidade de cada criança se estender fora do espaço físico do CDC, os pais manifestaram por vezes dificuldades em regressar ao trabalho, quer por faltarem apoios estatais, ou por não terem onde deixar os seus filhos com alterações de desenvolvimento. Desta forma, muitas das famílias que observei manifestavam exaustão, tristeza, frustração e cansaço devido às necessidades de apoio acrescidas de que necessitavam. Compreendi que só através do recurso a associações de pais ou fundos privados de ajuda é que conseguiam apoios para cuidar dos seus filhos. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, no artigo 3º, afirma que as pessoas com qualquer tipo de deficiência devem ser incluídas na sociedade de forma plena e efetiva, e deve ser promovido o respeito pela capacidade de desenvolvimento das crianças (Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, 2009), o que é muitas vezes uma luta para estas famílias.

Seguiu-se o contexto de estágio em **Cuidados de Saúde Primários**, numa UCSP. Para se compreender onde se integram as UCSP nos CSP é necessário contextualizar como se organizam. Os CSP são a componente do SNS que mais contribuiu para a melhoria da saúde da população, assumindo importantes funções de promoção da saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença, continuidade de cuidados e articulação com outros serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2011). Com o objetivo de melhorar a equidade e acessibilidade aos CSP, em 2008, o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, possibilitou uma reorganização dos CSP, tendo sido criadas unidades funcionais com autonomia técnica e organizativa, autónomas a nível de gestão, de maior proximidade com a população – os ACES (Ministério da Saúde, 2011). Estes são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa que prestam cuidados de saúde

primários à população de uma determinada área geográfica, dos quais fazem parte as UCSP.

Em CSP o EEESIP tem um papel essencial ao prestar cuidados específicos adequados ao ciclo de vida e ao desenvolvimento da criança, ao mesmo tempo que diagnostica precocemente e intervém em situações de risco que possam afetar a criança. Durante o período de estágio foi possível observar e avaliar crianças que vinham à UCSP com febre alta, dificuldade respiratória ou dificuldade em amamentar, por exemplo. Em colaboração com a enfermeira orientadora, foi possível realizar as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, bem como fornecer orientações antecipatórias sobre amamentação, sono, alimentação ou posicionamento na cadeira de transporte, por exemplo. A consulta de enfermagem contempla para além da avaliação estatoponderal, a promoção de cuidados antecipatórios com base no programa instituído pela DGS, o PNSIJ (DGS, 2013).

Nas consultas de enfermagem pude realizar avaliações de desenvolvimento às crianças e jovens nas idades-chave preconizadas no PNSIJ (DGS, 2013), nomeadamente a realização do exame global de saúde e, sempre que se justificou, foi feita a articulação com a saúde escolar e com os elementos da ELI de modo a referenciar crianças em situações de risco. Após a realização das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, sob orientação da EEESIP, foi-me possível efetuar os registos no BSIJ (parâmetros estatoponderais, desenvolvimento físico, psicomotor, psicossocial e problemas identificados), com uma autonomia crescente ao longo do estágio.

O registo das consultas e avaliações realizadas pelos profissionais de saúde em cada contacto com a criança é fundamental para que haja uma partilha dos dados entre os profissionais, e para isso deve-se recorrer ao BSIJ (DGS, 2013). Clendon e Dignam (2010) referem que o recurso a um livro onde enfermeiros e pais possam registar dados sobre a saúde/doença e o desenvolvimento das crianças, contribui para o estabelecimento de uma relação de sucesso entre eles e permite aos enfermeiros utilizar estes os livros como uma ferramenta promotora do desenvolvimento competências parentais ao fornecer informações escritas que podem ser lidas mais tarde quer pela família quer por outro profissional de saúde. Fiquei, desta forma, mais consciente da importância do uso efetivo do BSIJ como um instrumento fundamental para a continuidade de cuidados.

Durante a realização das consultas de enfermagem procurei desenvolver uma abordagem de proximidade através da utilização de uma linguagem acessível, do recurso

à brincadeira, adequado à idade e desenvolvimento da criança, tentando criar estratégias que me permitissem estar mais próxima das crianças e jovens. A experiência em contextos de estágio anteriores, nomeadamente no IP e SUP, tornaram-se facilitadores da aquisição dessas competências que neste contexto continuaram a ser desenvolvidas.

Na consulta de enfermagem procurei que os pais sentissem que podiam questionar-me, exprimir os seus sentimentos, dúvidas e problemas para que fossem otimizadas as potencialidades de desenvolvimento da criança através das orientações individualizadas que lhes fornecia, contribuindo para a mestria da sua competência. Neste sentido, tentava chamar as famílias na sala de espera para ver como as crianças brincavam e socializavam com as outras crianças, ao mesmo tempo que tentava que não estranhassem uma cara nova e desconhecida. Inicialmente falava ou brincava um pouco com elas, ao que se seguia uma breve observação do estado geral da criança, seguido de questionar os pais sobre as suas dúvidas e preocupações. O PNSIJ realça a importância de se considerar as suspeitas e as preocupações dos pais uma vez que são eles as pessoas mais próximas da criança e por isso mesmo quem está em melhor posição para detetarem alterações e promoverem o seu desenvolvimento (DGS, 2013).

Após uma abordagem inicial, seguia-se a avaliação do desenvolvimento infantil da criança recorrendo à Escala de Avaliação de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, como preconizado no PNSIJ (DGS, 2013). Apesar de já ter visualizado a aplicação desta escala no CDC, só aqui tive a oportunidade de a aplicar, pelo que desenvolvi estratégias que pudessem orientar a minha avaliação, como ter a escala disponível na base da secretária para que pudesse ir consultando quando surgissem dúvidas. Com a prática e o passar do tempo verifiquei que recorria cada vez menos aos auxílios que tinha criado e fui ficando mais confiante na avaliação que fazia, tendo já conhecimento dos itens a avaliar em cada idade chave. Assim, consegui desenvolver competências a nível da maximização do potencial de desenvolvimento da criança e jovem ao conseguir detetar alterações e atrasos no desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social, e ao planear, em parceria com os pais, intervenções adequadas às alterações identificadas através de orientações antecipatórias. Esteve, no entanto, presente a preocupação de explicar aos pais o objetivo da avaliação efetuada, ressaltando sempre que o desenvolvimento de cada criança é único e se processa a ritmos diferentes, o que implica avaliações regulares (DGS, 2013). Esse esclarecimento reduziu a ansiedade dos

pais e permitiu-lhes saber em que áreas do desenvolvimento deveriam incidir mais de modo a que a criança atingisse os patamares da norma para a sua idade.

Para além da avaliação do desenvolvimento infantil, os cuidados antecipatórios também se prenderam com comportamentos promotores de saúde, nomeadamente os relativos a uma alimentação saudável, à importância da higiene oral e de um sono reparador, à importância da prática de exercício físico, à prevenção de acidentes e a promoção do brincar, como preconizado no PNSIJ (DGS, 2013). Em famílias com crianças pequenas foram feitos ensinamentos sobre a amamentação e introdução de alimentos sólidos e foram fornecidos folhetos da DGS que podiam levar e ler mais tarde.

Foi dado especial destaque aos cuidados antecipatórios, alertando os pais para os riscos a que os seus filhos podiam estar sujeitos e antecipando as etapas de desenvolvimento de forma a elogiar as competências já adquiridas pelas crianças e a sugerir atividades promotoras do desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida. Ao envolver os pais na promoção da saúde dos seus filhos de uma forma intencional e orientada, o EEESIP consegue exercer influências interpessoais favoráveis à promoção do desenvolvimento infantil para, em conjunto com a família, planejar e implementar estratégias adequadas às particularidades da criança/família, aumentando o seu potencial de crescimento e desenvolvimento (DGS, 2005).

Deste modo, as consultas de enfermagem em contexto de CSP conferem aos pais uma tranquilidade e confiança nos cuidados que prestam aos seus filhos e validam as suas competências parentais. Os pais/cuidadores são esclarecidos da sua importância para a promoção do desenvolvimento da criança e ajudados a operacionalizar essa promoção.

Por fim, o contexto de estágio de **Neonatologia**, que decorreu em 2 locais distintos devido às oportunidades de aprendizagem que apresentavam, permitiu-me integrar e refletir sobre a importância da promoção de um desenvolvimento saudável da criança e do jovem, neste caso específico, RN pré-termo. A prestação de cuidados a RN prematuros, o modo correto de os manipular ou a forma de comunicar com os pais não foi um obstáculo neste contexto de estágio uma vez que tenho trabalhado em cuidados intensivos neonatais nos últimos 10 anos. No entanto, estar num local diferente, com pessoas diferentes e formas de trabalhar diferentes mostrou-se desafiante e fez-me questionar a minha própria realidade.

Ao longo deste período de estágio mantive sempre presente a importância dos CCF e da promoção de uma parceria de cuidados, negociando os cuidados com os pais

de forma a promover a sua participação e desmistificando os medos de cuidar de um RN prematuro para que, na medida que se sentissem confortáveis, participassem nos cuidados. Esta participação pode ir desde segurar a mão do RN para lhe dar conforto e segurança a dar-lhe banho, por exemplo. Um projeto realizado no Reino Unido, *POPPY*, enumera intervenções que facilitam os CCF tais como encorajar o toque, participar na mudança da fralda, confortar o RN, extrair leite materno, alimentar o RN ou contato pele a pele, uma vez que todas estas intervenções contribuem para reduzir a ansiedade dos pais e lhes conferem competências para o cuidado ao RN (Bliss, 2009). O envolvimento dos pais enquanto parceiros no cuidar é essencial no processo de desenvolvimento do RN prematuro pelo que é função do EEESIP apoiar e esclarecer os pais recorrendo a informação pertinente e adequada (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). Nesta lógica, foi minha preocupação ajudar os pais a reconhecerem as potencialidades do bebé, a interagir e participar nos cuidados, por forma a desenvolverem competências parentais e sentimentos de autoconfiança.

Cuidar e promover o desenvolvimento do RN prematuro numa UCIN inicia-se a partir do momento em que a equipa é informada da admissão de um RN. A admissão na UCIN altera o ambiente normal em que o RN deveria crescer e desenvolver-se. Sendo o ambiente hospitalar hostil ao desenvolvimento de um RN prematuro, cabe aos profissionais de saúde criarem e encorajarem um ambiente o mais semelhante ao útero materno onde o RN prematuro possa crescer e desenvolver-se de um modo o mais saudável possível (Aita & Snider 2003; Fernandes, 2010).

Neste sentido, tenta-se que as UCINs sejam locais que, apesar da grande quantidade de maquinaria presente, dos alarmes constantes dos monitores e das diversas situações emergentes que vão surgindo e que levam a barulhos excessivos, sejam locais silenciosos e com luminosidade reduzida de forma a diminuir os estímulos aos RNs uma vez que existe um grande contraste entre o som que o RN ouvia no útero materno e o som que ouve na UCIN. Diversos estudos demonstram os efeitos negativos de ambientes ruidosos nas UCINs, com alterações no comportamento do RN, aumento da tensão muscular, alteração da frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigénio, pressão arterial e pressão intracraniana (Lai & Bearer, 2008; Wachman & Lahav, 2011; Cardoso, Kozlowski, de Lacerda, Marques & Ribas, 2015). É, pois, essencial, que os profissionais de saúde respeitem o sono do RN prematuro e tenham em consideração o efeito de sons altos junto destes.

Também o contato pele a pele, designado canguru, é uma estratégia promotora do desenvolvimento infantil e dos CCF em neonatologia. Através da promoção da prática do canguru os pais têm a possibilidade de melhorar a vinculação com o RN. No entanto, apesar de tentar promover esta prática, em ambas as UCINs verifiquei alguma renitência em realizar canguru em RN de muito baixo-peso, ventilados ou que tivessem cateteres centrais. No entanto, a prática de canguru é considerada benéfica para o RN mesmo abaixo das 28 semanas de idade gestacional que esteja crítico ou com mais de 28 semanas de idade gestacional, ainda que ventilado (Ludington-Hoe, Ferreira, Swinth & Ceccardi, 2003). O canguru contribui para melhorias cardiorrespiratórias do RN, melhora a sua termorregulação, promove o ganho ponderal, é analgésico e diminui o stress materno (Ludington-Hoe, Ferreira, Swinth & Ceccardi, 2003; Fernandes 2010). Uma revisão sistemática da literatura realizada por Conde-Agudelo, Diaz-Rossello e Belizan (2011) encontrou uma associação entre a prática de canguru e a redução da mortalidade às 41 semanas de idade corrigida.

Muitos pais, em ambas as UCINs, mencionaram a prática de canguru como a atividade mais ansiada e que mais os fazia sentir em contacto com os RNs. O canguru é uma atividade autónoma de enfermagem que, tendo em consideração os benefícios enumerados acima, deve ser posta em prática o mais cedo possível tendo em consideração a condição clínica do RN. Ao longo dos estágios fui ressaltando junto da equipa a importância da prática do canguru e o seu benefício para o RN e família de forma a que pudesse ser realizado mais frequentemente, numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados e do CCF.

Para além dos benefícios descritos, a prática de canguru reduz a dor durante procedimentos invasivos, tão frequentes numa UCIN. Estudos indicam que estímulos dolorosos, tais como uma punção no calcanhar são transmitidos ao córtex somatosensorial a partir 2ª semana de gestação uma vez que os recetores dolorosos sofrem mielinização completa entre a 2ª e a 3ª semana de gestação e as vias dolorosas estão completamente mielinizadas a partir da 30ª semana (Blackburn, 1998). Sendo assim, porque não criar condições para que os pais possam ter um papel ativo a acalmar os RNs durante os procedimentos invasivos? Nas situações em que estiveram presentes, consegui ver os efeitos positivos para os RN. Tentei promover a presença dos pais aquando da realização do diagnóstico precoce ou de outro procedimento invasivo em que estes se sentissem confortáveis em colaborar a acalmar o RN. Pode-se associar, por exemplo, à prática do

canguru o uso de sucção não-nutritiva ou da sacarose como forma de promover os CCF e os cuidados promotores do desenvolvimento do RN (Fernandes, 2010). Apesar de a UCIN ser muitas vezes um ambiente assustador e ruidoso, os pais podem ser integrados diariamente nos cuidados, adquirindo novas competências, de modo a que se sintam “pai” e “mãe”.

3.2. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem com foco na facilitação da transição para a parentalidade em situação de prematuridade

3.2.1. Descrição e análise das atividades desenvolvidas

Sabe-se que, por um lado, a doença é um fator desfavorável ao desenvolvimento da criança, por outro que a presença da família determina positivamente o estado emocional na mesma (OE, 2015b). Nesta perspetiva, é evidente que a presença do pai, da mãe ou de ambos junto da criança é essencial para esta não se sinta ansiosa e assustada num ambiente desconhecido (OE, 2001). Assim, o enfermeiro deve incluir os pais na prestação de cuidados à criança e promover a sua presença durante o internamento, enquanto avaliam o seu envolvimento e a sua capacidade de adaptação à nova situação familiar decorrente do internamento e da transição saúde-doença que a criança está a viver (OE, 2015b).

Sendo a doença e a hospitalização acontecimentos que surgem inesperadamente podem, segundo a OE (2015b), provocar dor e sofrimento às famílias e dificultar a adaptação à parentalidade. De forma a facilitar a essa transição, fase de grande vulnerabilidade para os casais e que se pode repercutir na saúde e bem-estar do RN/criança, torna-se fundamental o papel do enfermeiro em identificar as dificuldades dos pais, de modo a facilitar a adaptação aos seus novos papéis, promovendo novas competências que lhes devolvam a autonomia para cuidar da criança, em qualquer contexto.

Durante o percurso nos diferentes contextos de estágio, pretendi identificar áreas em que os pais manifestassem algumas dificuldades na adaptação à parentalidade resultante do internamento ou da doença do seu filho, ao mesmo tempo que pretendi observar as estratégias colocadas em prática pelos EEESIP que facilitassem esta

transição. Destaco de entre as atividades realizadas, a entrevista realizada ao EEESIP sobre a transição para a parentalidade em contexto de Internamento de Pediatria (apêndice V), o folheto elaborado sobre os desafios à parentalidade em contexto hospitalar que foi entregue aos pais (apêndice VI), contribuição para um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da preparação para a alta da UCIN (Apêndice XI) e a sessão de formação: terapêuticas de enfermagem facilitadoras da transição para a parentalidade na UCIN (Apêndice XII). Primei por promover e adotar práticas de cuidados promotoras da transição para a parentalidade em geral, mais especificamente na prematuridade nos estágios na UCIN.

Ao longo do percurso formativo tive a possibilidade de observar e colaborar na prestação de cuidados a RN, lactentes, crianças e jovens em diferentes contextos, sendo que verifiquei que junto dos RNs e suas famílias me sentia mais confiante e munida de conhecimento teórico e técnico para promover a parceria de cuidados, quer por conseguir mais facilmente comunicar com as famílias quer por ter mais conhecimento das estratégias que poderia utilizar.

No **Internamento de Pediatria** existiam 2 salas de apoio à UCIN onde estavam RNs em treino alimentar e onde era encorajado que as mães permanecessem e pernoitassem junto deles de forma a adquirirem autonomia no cuidado ao RN prematuro. Aqui tive a oportunidade de promover o *empowerment* dos pais e trabalhar com eles a aquisição de competências ao nível da amamentação, banho, cuidados à pele, importância do sono no RN, vacinação e prevenção da infeção.

O facto de um dos pais poder e ser encorajado a acompanhar o seu filho permanentemente no IP, independentemente da idade da criança, de modo a que este tenha sempre junto a si alguém de referência, facilita o processo de internamento e promove o sentimento de pertença e de autonomia parental. Também a criação de uma sala de amamentação e extração de leite que as mães podem utilizar mostra um grande investimento por parte equipa de enfermagem na promoção e apoio ao aleitamento materno, parte integrante da transição para a parentalidade após o parto.

Ao longo do estágio no IP, foi-me possível observar a EEESIP incluir os pais na prestação de cuidados, inclusivamente aquando da realização de procedimentos invasivos. Para mim foi evidente que com a presença dos pais as crianças se dirigiam à sala de procedimentos mais calmas e estavam mais colaborantes durante todo o

procedimento. Esta vivência permitiu-me analisar práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade e continuar a desenvolver competências nesse âmbito.

Como atividade complementar às práticas de cuidados promotoras da transição para a parentalidade, surgiu a necessidade da realização de uma entrevista ao EEESIP sobre a transição para a parentalidade em contexto de IP e as terapêuticas de enfermagem promotoras dessa transição (apêndice V). Nesta entrevista a EEESIP reconhece a importância das práticas de cuidados promotoras da transição para a parentalidade, nomeadamente os CCF, a parceria de cuidados e negociação dos cuidados, de modo a que os pais se sintam envolvidos, se sintam pais e a que a criança e/ou jovem não se sinta abandonado. É enfatizada ainda a necessidade de existir uma melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde como estratégia essencial para a continuação do acompanhamento das famílias no momento após a alta.

Em contexto do **Serviço de Urgência Pediátrica** tive oportunidade de observar, analisar e participar em intervenções de enfermagem a RNs , crianças e jovens, na sala de triagem, sala de tratamentos e na unidade de curta duração. A maioria das situações dos doentes triados e admitidos no SUP eram não emergentes e vinham acompanhados pelos pais. De facto, a maioria das vindas ao SUP são atendimentos desnecessários, designadas por “falsas urgências”, isto é, episódios que poderiam ser resolvidos nos CSP (Pereira et al, 2001; OCDE, 2017). Grande parte dos que vinham ao SUP referiam não ter médico de família ou que não estavam legais no país pelo que tinham que recorrer ao SUP.

Apesar de a natureza do SUP estar vocacionada para a atuação em resposta a situações urgentes e emergentes, uma vez que existe uma grande incidência de “falsas urgências”, nomeadamente no caso de RNs, justifica-se que o papel do EEESIP passe também por promover uma transição mais segura para a parentalidade, promover a competência parental e a autonomia dos pais. Previnem-se, deste modo, vindas desnecessárias ao SUP e a exposição do RN ao risco de uma urgência. Ainda que pontualmente, devido ao pouco tempo que as famílias estão presentes no SUP, pude reforçar orientações antecipatórias no âmbito da amamentação ou da promoção de hábitos de vida saudável, através do esclarecimento de dúvidas que os pais e jovens apresentaram.

Deparei-me, ainda, com situações, pontuais, de suspeita de maus tratos físicos e de negligência, crianças com higiene descuidada, ou suspeita de abuso sexual. O papel do enfermeiro em situações de emergência exige, pois, um cuidado técnico e emocional

diferenciado e especializado, de forma a conseguir promover um CCF e a ter competências de negociação de cuidados junto de uma população multicultural.

A sessão de formação realizada aos enfermeiros do SUP (apêndice VIII) após levantamento das necessidades formativas dos mesmos, sobre as especificidades do cuidado de ex-prematuros no SUP, possibilitou analisar e promover práticas de cuidados promotoras da transição para a parentalidade, em idade pediátrica, em contexto de urgência. Através da reflexão em grupo sobre a prática de cuidados no SUP a ex-prematuros e a RNs foi possível sensibilizar a equipa para a problemática da prematuridade e o seu verdadeiro impacto nas famílias que vivenciaram um internamento numa UCIN. Foi possível transmitir informação sobre temáticas como a morte súbita, cólicas ou a prevenção de infeções em ex-prematuros, temáticas identificadas como as que mais questões levantavam junto da equipa.

No SUP percebi, mais uma vez, a importância da permanência da família para acalmar a criança e/ou o jovem durante procedimentos dos mais simples aos complexos, e sobre a importância dos CCF numa situação de urgência. Permitiu-me, ainda, observar a intervenção do EEESIP junto da equipa multidisciplinar, funcionando como gestor dos cuidados e, muitas vezes, como o elemento preferencial para a resolução de problemas ou a resolução de conflitos.

No contexto de estágio do **Centro de Desenvolvimento da Criança**, onde se pretende promover um nível máximo de adaptação da criança e das famílias, nomeadamente em crianças e jovens com necessidades especiais, recorreu-se frequentemente a terapêuticas de enfermagem promotoras de uma transição saudável em situações de especial complexidade. No CDC cada família tem um enfermeiro de referência, o que se mostrou benéfico para as famílias que visitavam o centro já que os fazia sentirem-se confortáveis quando expressavam os seus medos e necessidades uma vez que estavam perante uma cara conhecida. Esta estratégia assenta num modelo ideal para a prestação de cuidados individualizados que garante a continuidade da cuidados, como evidenciado num estudo qualitativo realizado numa Unidade de Cuidados Cirúrgicos por Santos et al. (2019). O enfermeiro de referência torna-se uma mais-valia no processo de preparação da criança e da família no regresso a casa e no período após a alta (OE, 2015b). Para além de estar numa posição em que mais facilmente consegue identificar as necessidades da criança e da família, está numa posição estratégica que lhe

permite procurar informações sobre os recursos disponíveis na comunidade de modo a que haja uma continuidade de cuidados favorável (Barros & Teixeira, 2003).

No contexto de **Cuidados de Saúde Primários** foi onde me senti mais confiante na promoção da parentalidade nos diferentes estádios de desenvolvimento. Gradualmente, através da observação participante e colaboração, fui sendo mais autónoma na condução das consultas de enfermagem e na valorização dos cuidados antecipatórios promotores da saúde e da prevenção da doença, munindo os pais de conhecimentos que lhes permitisse o exercício da parentalidade.

A realização da primeira consulta ao RN na UCSP mostrou-se essencial para reforçar a competência parental e reforçar as decisões que os pais tomam ao cuidar dos seus filhos. Procurei que os pais vissem nestas consultas uma oportunidade para questionar, exprimir sentimentos, dúvidas e problemas que identificavam. Muitos pais, principalmente as mães, pela debilidade física e alteração hormonal própria do período pós parto, apresentavam-se cansados e com diversas dúvidas face aos cuidados ao bebé. A maioria das suas dúvidas prendiam-se com a amamentação, os motivos de choro do bebé e como acalmar as cólicas. Enfatizei a importância de se falar com o bebé de uma forma suave e tranquila quando este amamenta ou quando se muda a fralda. Incentivei os pais a lerem as informações que o BSIJ contém sobre as consultas preconizadas nas idades chave, e sobre as competências expectáveis para a criança nas diferentes idades. Aconselhá-los a escrever as suas dúvidas e preocupações à medida que iam surgindo de forma a poderem ser esclarecidas em consultas futuras foi uma intervenção de enfermagem autónoma que realizei.

Tive sempre presente a necessidade de auscultar as dúvidas e preocupações expressas pelos pais ou cuidadores e satisfazer as necessidades individuais dentro da família, através da transmissão de orientações individualizadas que conferissem segurança e confiança aos pais, aspetos essenciais ao satisfatório desenvolvimento do papel parental. O PNSIJ realça a importância de se considerarem as suspeitas e preocupações dos pais, uma vez que são eles as pessoas mais próximas da criança e as que estão em melhor posição para detetarem alterações e promoverem o seu desenvolvimento (DGS, 2013).

Para além das consultas de enfermagem na UCSP senti a necessidade de compreender as estruturas da comunidade que acompanham as crianças com necessidades complexas que existem para além do espaço físico do centro de saúde para que, caso

encontrasse um caso de maior complexidade, conseguisse ter os conhecimentos para o encaminhar para equipas multidisciplinares que acompanham as famílias no seu ambiente familiar (casa, escolas, creches, amas). Identifiquei lacunas no meu conhecimento sobre estas estruturas e verifiquei, ainda, a necessidade da sensibilização dos enfermeiros da UCSP para a importância do SNIPI como um recurso da comunidade que permite apoiar a transição para a parentalidade em situações de saúde complexas e crónicas uma vez que, após conversas informais com a equipa de enfermagem, foi manifesto terem um conhecimento limitado sobre este recurso e sobre quando e como referenciar as crianças que encontram em contexto de consulta.

Neste sentido, tive a oportunidade de visitar a equipa de intervenção precoce na infância que pertencia à UCSP e acompanhar as visitas domiciliárias que realizam, bem como participar na reunião mensal do SNIPI, por forma a compreender melhor o seu papel na comunidade e a sua relevância para a promoção da autonomia e da parentalidade das famílias, no seu domicílio. Ficou evidente que existir uma equipa multidisciplinar que acompanha as crianças no contexto em que se encontra promove a aquisição de competências parentais e promove um sentimento de confiança quando cuidam dos seus filhos. Também a integração destas crianças numa creche, infantário ou escola fica facilitada com as visitas da ELI, que trabalha com a comunidade escolar de modo a que a transição para esta nova fase seja saudável.

O contexto de estágio de **Neonatologia** decorreu em duas unidades distintas, identificadas como sendo a UCIN 1 e a UCIN 2. Das 5 semanas de estágio planeadas para a área da neonatologia, as duas primeiras decorreram na UCIN 1 de um hospital central e as restantes três semanas decorreram na UCIN 2, onde exerço funções, também num hospital central.

Um ambiente propício ao desenvolvimento do RN prematuro e de uma parentalidade saudável, que minimize os efeitos negativos do internamento numa UCIN, devem estar implícitos nos cuidados do EEESIP. É essencial que o enfermeiro promova um ambiente facilitador das transições, com o foco nas particularidades do RN e da sua família. Meleis (2010) refere que os cuidados antecipatórios promotores da competência parental, baseados na preparação e no conhecimento, são facilitadores de transição saudável ao nível da parentalidade, permitindo estabelecer estratégias adequadas a cada situação.

Seguindo esta linha orientadora, os cuidados de enfermagem que prestei a RNs prematuros e suas famílias, em ambos os contextos, assentaram numa filosofia de CCF, em que a prestação de cuidados ao RN, em parceria com os pais, exigiu o planeamento e a discussão de planos de cuidados tendo em consideração as necessidades do RN e da família, numa perspetiva da promoção da mestria das competências parentais. As intervenções desenvolvidas tiveram a intenção de promover a adaptação ao processo de transição para a parentalidade em situação de prematuridade e ao desenvolvimento de competências parentais, promovendo a educação e a integração dos pais como parceiros no cuidar, planeando os cuidados de forma a envolvê-los e capacitá-los, e satisfazendo as suas necessidades ao longo do internamento e ao longo do processo de transição que experienciavam.

Foi sempre encorajada a presença dos pais de modo a que o seu papel de mãe/pai fosse valorizado. Foram igualmente valorizadas as competências dos pais através do reforço positivo, assim como foram esclarecidas as dúvidas que colocaram, nomeadamente quanto aos cuidados ao RN. Conhecer e compreender o que os pais experienciam é particularmente importante para que o enfermeiro possa apoiar os pais durante a transição para a parentalidade de modo a que seja bem-sucedida e com bem-estar emocional (Meleis & Trangenstein, 1994). O envolvimento dos pais enquanto parceiros no cuidar é fulcral no processo de desenvolvimento do RN prematuro pelo que é função do EEESIP apoiar e munir os pais de informação pertinente e adequada ao seu filho (Fernandes et al., 2014). Os pais foram encorajados a tocar no RN, a participar nos cuidados como o banho ou a mudança da fralda, a fazer canguru sempre que o RN estivesse hemodinamicamente estável, a cantar ou ler histórias ao RN, a trazer desenhos dos irmãos, ou a fazer algo que, negociado, fosse aceite pela equipa de saúde, tendo em consideração a situação clínica do RN.

Tive, ainda, a oportunidade de colaborar e realizar a admissão e acolhimento do RN/pais/família na UCIN1 e UCIN2. Este é um momento-chave, habitualmente vivido com grande ansiedade e preocupação, pelo que o apoio dado aos pais pelo EEESIP e a informação fornecida é essencial para que este processo se inicie da forma menos traumática possível.

O percurso na UCIN inicia-se com o acolhimento do RN e da família e prolonga-se ao longo do internamento até à alta ou transferência para outra instituição. Aquando do acolhimento das famílias esteve presente a preocupação de não se transmitir demasiada

informação e encorajar o esclarecimento de dúvidas que pudessem surgir. Segundo Góes (1999) citado por Wanderley (2011), o acolhimento promove a confiança dos pais na equipa conduzindo ao estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mútua. Brito (2006) salienta a importância de os pais se sentirem acolhidos, pois irão sentir-se mais à vontade para questionar, mais recetivos ao internamento do RN, mais calmos e colaborantes na prestação de cuidados.

Neste sentido, apesar de na UCIN2 ter sido elaborada em 2012 uma norma de procedimento intitulada de “acolhimento na UCIN”, que inclui um folheto de acolhimento, este não foi atualizado pelo que senti a necessidade de despertar a equipa para a importância do acolhimento na UCIN e melhorar o processo de acolhimento e preparação do regresso a casa (apêndice XI e XII). De salientar que ainda que o guia de acolhimento existente seja entregue habitualmente ao pai no momento da admissão, não existe um documento que ateste as competências parentais adquiridas ao longo do internamento e acompanhe a família até ao momento do regresso a casa. Assim, foi proposto um kit de acolhimento que engloba: (1) Guia de Admissão, (2) Folheto amamentação e (3) Guia de preparação do regresso a casa designado “*A caminho de casa*”, disponível em português e inglês (apêndice XII).

A utilização consistente de recursos tais como as ferramentas de planeamento de alta melhoram a comunicação entre os pais e os profissionais de saúde, promovendo uma transição mais fácil para o domicílio (Sims, Jacob, Mills, Fett & Novak, 2006). Também a compilação de informação escrita fornecida aos pais com vista ao planeamento da alta da UCIN tem-se mostrado útil (Ingram et al., 2015; Aloysius et al., 2018). O guia de preparação do regresso a casa integrante da norma de proposta de melhoria contínua da qualidade da UCIN “*A caminho de casa*” tem por base um outro projeto designado “*Steps to Home Passport*”, utilizado num hospital central em Londres (Aloysius et al., 2018). Estes projetos permitem que os pais antecipem o percurso e compreendam em que etapa se encontram, o que facilita a comunicação entre os pais e os enfermeiros ao mesmo tempo que os acompanha durante todo o percurso na UCIN, atestando as competências que adquiriram (apêndice XI) (Aloysius et al., 2018). A equipa de enfermagem da UCIN2 considerou que este projeto seria facilitador da promoção da competência parental, do sentimento de pertença e poderia tornar este processo mais facilitado e inclusivo. A sessão de formação em serviço (apêndice XII) que foi realizada demonstra isso mesmo.

A preparação para o regresso a casa contempla as orientações antecipatórias dos cuidados ao RN fornecidas de forma verbal, demonstrativa e escrita, reforçada com a entrega de folhetos existentes na UCIN sobre áreas no âmbito da educação para a saúde. A transmissão de informação às famílias ocorre maioritariamente de forma individualizada, com o principal objetivo de que os pais se sintam cada vez mais capazes e seguros, reconhecendo as suas capacidades. Foram várias as áreas trabalhadas em estágio ao nível das orientações antecipatórias às famílias, esclarecendo as dúvidas emergentes e as inseguranças expressas pelos pais, nomeadamente quanto à alimentação e amamentação do RN, higiene e vestuário, ambiente em casa, prevenção de acidentes, sono e repouso, posicionamento, prevenção da síndrome de morte súbita do lactente, competências do RN, medicação, vacinação, cuidados antecipatórios e sinais de alarme. Os pais sentiam-se, assim, mais competentes e confiantes em regressar a casa com o seu filho, o que demonstra a importância do trabalho desenvolvido ao longo do internamento com vista à aquisição de competências parentais.

Ainda assim, era frequente na UCIN 2 que alguns pais ligassem com dúvidas após regressarem a casa. Na UCIN 1 esta situação raramente se verificou uma vez que dispunha de um programa de acompanhamento após a alta com visita domiciliária para os casos identificados como elegíveis. Não deve, assim, ser descurado o momento imediato após a alta. A visita domiciliária apresenta-se como a ponte entre o hospital e o domicílio e uma intervenção de enfermagem que visa apoiar a transição da família no regresso a casa (Lopez et al., 2012; Dellenmark-Blom & Wigert, 2014).

Na UCIN 1 destaca-se o projeto UMAD, um projeto coordenado pelo hospital, em parceria com a Fundação do Gil. Este tem como objetivos promover a continuidade de cuidados no domicílio e diminuir as deslocações ao hospital através da prestação de cuidados de enfermagem no domicílio. Neste hospital específico a UMAD apoia RN, crianças e adolescentes com necessidades especiais, que tiveram internamento na UCIN, cuidados intensivos pediátricos ou no IP (Fundação do Gil, 2014). A integrar este projeto existe uma equipa multidisciplinar composta por 2 enfermeiros EEESIP, médicos, fisioterapeutas, assistente social, motorista e administrativa. O planeamento da visita domiciliária inclui diversas etapas: 1) negociar a visita com os pais antes da alta hospitalar; (2) planear a visita de acordo com as necessidades da criança e área geográfica; (3) realizar contacto telefónico a confirmar o dia e hora da visita; (4) elaborar um plano para a visita domiciliária; (5) preparar o material para a visita; (6) após a visita, discutir

em equipa a necessidade de nova visita, alta ou outro tipo de encaminhamento (Fundação do Gil, 2014).

Recordo a visita domiciliária que realizei no contexto UCIN1, no âmbito do projeto UMAD, em que se visitaram 2 gémeas, 4 dias após a alta, ainda sem terem 40 semanas de idade corrigida e com 2500 gramas no momento da alta. Com a visita domiciliária foi possível pesar as gémeas no domicílio, reforçar os ensinamentos relativamente à amamentação e à preparação da suplementação por tetina, bem como ensinar os pais a lidar com a obstipação de uma das gémeas que não evacuava há cerca de 3 dias. Após terem sido reforçados os ensinamentos sobre o uso do bebegel e demonstrado como utilizá-lo os pais ficaram mais calmos e não levaram as RNs ao SUP como tinham antecipado. Pude verificar a importância destas visitas pelo EEESIP, que acalma e esclarece os pais ao mesmo tempo que avalia os RNs, prevenindo que estes tenham que se deslocar aos CSP ou SUP, reduzindo o risco de contraírem infeções e reduzindo as saídas desnecessárias do domicílio.

Apesar de na UCIN 2 não existir um programa de acompanhamento domiciliário que integre um EEESIP a exercer funções na UCIN, foi criada pelo hospital uma fundação que acompanha famílias elegíveis, no domicílio. Este apoio domiciliário foi iniciado em 2002 por uma necessidade sentida pela UCIN deste hospital como forma de dar continuidade aos cuidados prestados aos bebés internados na UCIN e às suas famílias, na fase após a alta. O projeto é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, de voluntários, entre eles fisioterapeutas, assistentes sociais e uma enfermeira, que têm uma intervenção centrada na família e de base comunitária. Inicialmente os principais destinatários da visita domiciliária foram bebés prematuros e as suas famílias, com o objetivo de capacitar os pais nos cuidados aos seus bebés e proporcionar um ambiente facilitador de um adequado e saudável desenvolvimento do bebé. Atualmente dá, também, resposta a situações sociais, tais como acompanhar famílias carenciadas (Banco do Bebé, 2019). De entre os critérios de referenciação são de destacar: os RN prematuros ou de baixo peso, com atraso global de desenvolvimento e os RN em risco de atraso de desenvolvimento (condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais).

Considerando os dados apresentados, pode-se confirmar a importância de ser desenvolvido pela UCIN2 um projeto que integre um EEESIP e que acompanhe os RNs após o regresso a casa. De facto, a equipa de enfermagem da UCIN2, nomeadamente os EEESIP, poderiam integrar este programa numa perspetiva de melhoria da qualidade de

cuidados de enfermagem. Apesar de um programa de voluntariado ser útil e se mostrar eficaz em dar continuidade aos cuidados iniciados na UCIN 2, uma equipa de enfermagem fixa como existe na UCIN 1 e que já é conhecida pelas famílias, poderia ser mais eficaz na satisfação dos clientes e na transmissão de orientações antecipatórias relativamente ao cuidado de ex-prematuros.

4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Para a análise das competências desenvolvidas ao longo deste percurso formativo é essencial definir este conceito, que é descrito como a capacidade de agir em cada situação, num contexto específico (Alarcão & Rua, 2005). Esta perspetiva é apoiada por Serrano, Costa e Costa (2011) que referem que o processo de cuidar desafia o enfermeiro a mobilizar competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações).

Segundo a OE (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744) “o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)”. O EEESIP, mais concretamente, “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família (...), trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...), para promover o mais elevado estado de saúde possível (...), com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192).

As atividades realizadas e as aprendizagens descritas anteriormente, refletem a competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal nos cuidados prestados, a vontade de adquirir e competências, bem como a capacidade reflexiva para a tomada de decisões apresentadas. Este percurso teve como fio condutor não apenas os objetivos estabelecidos previamente, mas também o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP definidas pela OE.

No que concerne às **competências comuns do Enfermeiro Especialista** o principal enfoque esteve nas competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e competências do domínio da gestão dos cuidados.

O planeamento e a realização de sessões de formação em serviço no SUP, UCSP e UCIN, pertinentes para a equipa de enfermagem, implicou a avaliação das suas necessidades para que se pudessem mobilizar conhecimentos que garantissem a melhoria contínua da qualidade com vista a otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e a melhorar a informação disponível para a tomada de decisão no processo de cuidar. A elaboração de um folheto para entregar aos pais que fosse facilitador da

transição para a parentalidade aquando da hospitalização do seu filho (apêndice VI) no estágio do IP, permitiu desenvolver práticas de qualidade e a promoção de um ambiente terapêutico e seguro. Este processo permitiu o desenvolvimento progressivo das minhas competências no **domínio da melhoria contínua da qualidade**, ao mesmo tempo que permitiu uma reflexão sobre a importância destas sessões no âmbito da equipa de enfermagem. A escolha das estratégias formativas adequadas às características da população alvo é essencial para que o grupo se sinta motivado e para que a formação tenha sucesso (Dias, 2004).

No estágio de CSP, ter integrado a ELI e poder estar presente na reunião mensal do SNIPI permitiu-me compreender melhor as estruturas de apoio que existem para além das paredes da UCSP e que detêm um papel fundamental na promoção de saúde da população. Assim, continuei a desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista no **domínio da gestão de cuidados** ao aprender a gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e articulação na equipa de saúde.

No estágio de UCIN 1 e UCIN 2, integrar as visitas domiciliárias com a UMAD e visitar o programa de voluntariado da UCIN 2 permitiu-me identificar as estruturas de apoio ao RN e família, após a alta de neonatologia. Assim, continuei a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista no **domínio da gestão de cuidados** ao aprender a gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e articulação na equipa de saúde onde estou inserida, garantindo um ambiente terapêutico e seguro de cuidados. Desenvolvi, também, competências no **domínio da melhoria contínua da qualidade** ao identificar oportunidades de melhoria e a incorporação de conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados em neonatologia, nomeadamente ao nível da articulação com a comunidade, que não detinha. A elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem que inclui um kit de acolhimento na UCIN e um guia de preparação do regresso a casa onde estão documentadas as competências parentais atingidas e a ser trabalhadas, permitiu desenvolver competências a este nível.

No que diz respeito às **competências específicas do EEESIP**, todos os domínios de competências foram efetivamente trabalhados ao longo deste processo formativo, consequência dos objetivos propostos para cada contexto de estágio e do projeto de estágio apresentado.

Assim, ao longo dos percursos de estágio procurei **Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**, considerando o binómio criança/família, estabelecendo com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, adequando o regime terapêutico e promovendo a parentalidade.

Para o desenvolvimento desta competência contribuiu o estágio no IP onde desenvolvi competências no domínio da negociação com a criança, jovem e família no processo de cuidar, assim como desenvolvi a competência de comunicar com a criança, jovem e família, recorrendo a técnicas apropriadas à sua idade e estadio de desenvolvimento. A elaboração do estudo de caso (apêndice IV) e a as oportunidades de cuidados que fui tendo com crianças de diversas idades foi essencial. Numa perspetiva de CCF, e sendo a comunicação um instrumento básico para o cuidado em enfermagem individualizado, esta é essencial para o estabelecimento de uma relação de parceria. Assim, respeitando o estadio de desenvolvimento da criança, a família e a sua cultura, consegui estabelecer uma comunicação terapêutica de forma a identificar as condições facilitadoras e inibidoras para as transições em cada família, diagnosticar as necessidades de intervenção e avaliar os resultados obtidos.

O estágio no SUP permitiu adquirir estratégias de comunicação adaptadas ao estadio de desenvolvimento de cada criança. Se inicialmente me senti desconfortável na triagem e na abordagem às crianças, à medida que o estágio foi decorrendo e, já tendo encontrado algumas estratégias e formas de abordar as crianças sem que ficassem com medo e vissem, por exemplo, a avaliação da temperatura como um jogo, ficou evidente que as minhas capacidades de comunicação com a criança, jovem e família ajustadas ao estadio de desenvolvimento foram sendo desenvolvidas.

Atendendo a que a minha experiência profissional se centra em UCIN, o treino de técnicas de comunicação verbal e não verbal com crianças em variados estadios de desenvolvimento e em diferentes contextos, foi determinante neste percurso de desenvolvimento de competências comunicacionais. Não obstante, permaneço com a consciência da necessidade de realizar um esforço contínuo de aperfeiçoamento, atendendo à complexidade inerente e relevância para os cuidados de enfermagem.

Na UCSP a possibilidade de observar e realizar consultas de enfermagem, bem como vacinar crianças foi essencial para a continuação do desenvolvimento das minhas competências enquanto EEESIP. Assim, foram trabalhadas as unidades de competências no domínio de **assistir a criança e jovem com a família, na maximização da sua saúde**,

através da negociação e participação de cuidados em contexto de consulta, utilizando estratégias que motivassem a participação ativa no seu papel de saúde.

Foram desenvolvidas competências no âmbito da articulação com os recursos da comunidade, nomeadamente na UCSP e na UCIN 1 e 2, através da recolha de informação sobre a articulação, sinalização e encaminhamento de criança/jovens e famílias para uma continuidade de cuidados, salientando-se para tal o trabalho desenvolvido no jornal de aprendizagem (apêndice IX) e a sessão de formação sobre o SNIPI (apêndice X). A prestação de cuidados nos diferentes contextos de estágio permitiu igualmente desenvolver competências quanto à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades, bem como na avaliação dos comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.

Relativamente ao domínio de competência do **cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**, ao longo deste percurso, destaca-se a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, através da otimização de respostas à dor aquando de procedimentos dolorosos (punções, colheitas de sangue, vacinação ou Guthrie) na UCSP, SUP, IP e UCIN. A elaboração do jornal de aprendizagem no SUP (apêndice VII) permitiu refletir sobre as práticas de enfermagem e aferir abordagens diferentes de controlo da dor aquando de procedimentos dolorosos com crianças pequenas de forma a que estes não sejam traumáticos para a criança e sua família. A consulta de normas, pesquisa de literatura, observação e prestação de cuidados potencialmente dolorosos foi essencial para aplicar o que havia pesquisado. Foram sendo desenvolvidas intervenções autónomas de enfermagem, recorrendo a diversas estratégias e recursos, de acordo com a idade e situação clínica de cada criança: comportamentais (relaxamento); cognitivas (orientação antecipatória); cognitivo-comportamentais (distração, brincadeira lúdica e terapêutica); físicas (toque, contenção, posicionamento, sucção não nutritiva); suporte emocional (presença dos pais); e ambientais (música, controlar a luminosidade, o ruído e a temperatura) (OE, 2013).

No que concerne ao domínio de competência **Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados**, o maior contributo foi o estágio do CDC, onde tive oportunidade de observar o encaminhamento de famílias para as associações disponíveis e para os recursos da comunidade existentes, permitindo-me ter um conhecimento mais diferenciado nesta área. Também a visita domiciliária com a UMAD

na UCIN 1 e com a ELI permitiu-me compreender a articulação da comunidade em situação de doenças raras e complexas.

Foi desenvolvida a competência da **prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem** de um modo geral em todos os contextos de estágio, com mais ênfase nas unidades de competência da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e na promoção da vinculação, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais. O crescimento e o desenvolvimento infantil é influenciado por diversos fatores pelo que os diferentes contextos de estágio proporcionaram um conjunto de oportunidades de reflexão e atuação, no que se refere às áreas funcionais que interferem no desenvolvimento da criança (OE, 2010a). A observação da aplicação da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada no CDC e sua aplicação na UCSP possibilitou o desenvolvimento desta competência. O domínio na utilização desta escala, adquirido na UCSP, facilitou a compreensão da potencialidade deste instrumento como orientador para a avaliação do desenvolvimento infantil.

Foi promovida a vinculação de uma forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, ao longo de todos os estágios, através da promoção do aleitamento materno, incentivo e implementação do método canguru, do envolvimento e negociação dos pais nos cuidados ao RN e da comunicação com a criança e família de forma adequada ao seu estadio de desenvolvimento e cultura. A aquisição desta competência exigiu o aperfeiçoamento das habilidades de comunicação, o que espelha as aquisições das competências anteriores. Nas UCINs esta competência foi sendo desenvolvida através da avaliação do desenvolvimento da parentalidade, da promoção de um comportamento interativo, da promoção do canguru, da negociação de cuidados, da promoção da amamentação e da facilitação da comunicação das emoções dos pais (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Este percurso de aprendizagem evidencia o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP através da capacidade de adaptação que fui adquirindo a diversos contextos de cuidado, com níveis de complexidade diferentes. Possibilitou o desenvolvimento de competências que me permitem pôr em prática terapêuticas de enfermagem facilitadoras da transição para a parentalidade, mais especificamente na prematuridade, promovendo o desenvolvimento da criança, maximizando o seu potencial de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

A elaboração deste relatório é o culminar de um percurso de aprendizagem que espelha uma reflexão crítica sobre as minhas competências e necessidades de aprendizagem.

A complexidade da problemática da transição para a parentalidade, transversal a todo este percurso, constituiu-se como uma área da prestação de cuidados de enfermagem fundamental para a saúde da família e da criança e/ou jovem. Numa situação de transição para a parentalidade na prematuridade, pelas especificidades que lhe estão inerentes, este processo torna-se ainda mais complexo. Deste modo, para dar uma resposta baseada na evidência científica, os enfermeiros devem procurar uma aprendizagem contínua e sistemática que lhes permita munirem-se de conhecimentos, capacidades e habilidades no âmbito de terapêuticas de enfermagem que sejam potenciadoras de transição saudável nestas famílias.

Este percurso formativo constituiu-se como um desafio exigente ainda que compensador, que permitiu desenvolver e aprofundar competências, e permitiu refletir sobre a prática, identificando oportunidades de melhoria e de otimização dos cuidados de enfermagem na criança e no jovem. Este foi um percurso refletido e ponderado, onde procurei adquirir novas competências e aprofundar o papel de facilitador na transição para a parentalidade, mais especificamente na prematuridade, ao promover a parceria de cuidados e os CCF, que culminou na proposta de melhoria contínua de qualidade que desenvolvi na UCIN 2.

De facto, a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é uma área de prestação de cuidados complexa e diversificada, que exige ao EEESIP a capacidade e os conhecimentos especializados para lidar com a diversidade e imprevisibilidade do cuidar pediátrico. Ao EEESIP compete prestar cuidados avançados com segurança e competência, à criança, ao jovem e à sua família, “numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (OE, 2011b, p. 3). Para tal é essencial a capacidade de reflexão crítica, tal como preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001, p.7) onde se afirma que “a qualidade exige reflexão

sobre a prática, para definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”. Neste sentido, ao longo de todo o percurso procurei ter uma posição crítica e de análise do que ia observando e realizando. Ao ter atingido os objetivos estabelecidos no projeto de estágio foi possível desenvolver as competências comuns e específicas do EEESIP. Ainda assim, tenho a consciência de que este processo implica um amadurecimento e aperfeiçoamento das competências adquiridas.

A reta final deste percurso vai ao encontro das expectativas que estiveram na sua origem, a de contribuir para a melhoria da prática de cuidados. Os resultados obtidos são o reflexo do esforço que fiz para a melhoria dos cuidados prestados ao RN pré-termo e à sua família durante o internamento numa neonatologia.

Como projetos futuros salienta-se a proposta de criação de um grupo interno de trabalho que se dedique a esta temática e que ponha em prática a aplicação do kit de acolhimento proposto. Apesar de este grupo se encontrar ainda em fase de formação, é de salientar o trabalho que tenho desenvolvido junto das famílias e dos colegas de equipa no sentido de salientar a importância do acolhimento das famílias na UCIN e da sua inclusão, em parceria, nos cuidados prestados. Assim, regularmente, sugiro a prática do canguru e promovo a entrega dos folhetos aos pais, que estão disponíveis atualmente no serviço.

De salientar, igualmente, a minha pretensão em continuar o meu desenvolvimento profissional de modo a poder ir atualizando as minhas práticas de cuidados e a continuar a prestar cuidados de enfermagem assentes na evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmann, E. & Johnson, B. (2001). Family matters: new guidance materials promote family-centered change in health care institutions. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(2), 173-175. Acedido a: 02/06/2018. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/19576d9a950e21a6617a875ad8b339fa/1?q-origsite=gscholar&cbl=47659>.
- Ahmann, E. (1998). Examining assumptions underlying nursing practice with children and families. *Pediatric Nursing*, 23(5), 467-469. Acedido a: 02/06/2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9832906>.
- Aita, M. & Snider, L. (2003) The art of developmental care in the NICU: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 223-232. Acedido a: 02/06/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02526.x>.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto contexto – enfermagem*, 14(3), 373-382. Acedido a: 18/04/2018. **Doi:** <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>.
- Aloysius, A., Kharusi, M., Winter, R., Platonos, K., Banerjee, J. & Deierl, A. (2018). Support for families beyond discharge from the NICU. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 55-60. Acedido a: 18/04/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.013>.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. Acedido a: 18/12/2017. **Doi:** [10.1053/j.nainr.2012.12.002](https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002).
- Barros, F. & Teixeira, M. (2003). *O planeamento da alta. Boletim do Hospital Pulido Valente*. 16 (2): 91-92.
- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In Canavarro, M. (Eds). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi.

- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Blackburn, S. (1998). Environmental impact of the NICU on developmental outcomes. *Journal of Pediatric Nursing*, 13(5), 279-89. Acedido a: 18/04/2018. **Doi:** [https://doi.org/10.1016/S0882-5963\(98\)80013-4](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(98)80013-4).
- Bliss (2009). *Family-centred care in neonatal units. A Summary of research results and recommendations from the POPPY Project*. Londres: NCT. Acedido a: 18/04/2018. Disponível em: <https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/files.bliss.org.uk/documents/PoppyreportforPRINT.pdf?mtime=20180412160449>.
- Boundy, E., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., Fawzi, W., Missmer, S., Lieberman, E., Kajeepeta, S., Wall, S. & Chan G. (2016). Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 137(1). Acedido a: 18/05/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2238>.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. (1992). Gravidez: o nascimento da vinculação. In Brazelton, T. (1992). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento* (pp. 15-60). Lisboa: Terramar.
- Brito, I. (2006). *O acolhimento e a hospitalização da criança pequena*. Lisboa: Instituto de apoio à Criança.
- Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people*. Saarbrücken, Germany: LAP Lambert Academic Publishing.
- Calvetti, P., Silva, L., & Gauer, G. (2008). Psicologia da Saúde e Criança Hospitalizada. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 9(2), 229-234. Acedido a: 18/04/2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142008000200011.
- Canavarro, M. (2006). Gravidez e maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro, M. (Eds.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.

- Cardoso, S., Kozłowski, L., de Lacerda, A, Marques, J. & Ribas, A. (2015). Newborn physiological responses to noise in the neonatal unit. *Braz J Otorhinolaryngol*, 81(6), 583–588. Acedido a: 01/04/2018. **Doi:** 10.1016/j.bjorl.2014.11.008.
- Casey, A. (2011). Assessing and planning care in partnership. In Glasper, A. & Richardson, J. (Eds.) *A textbook of Children and Young People's nursing*. (pp.87-99). Edimburgo: Elsevier.
- Clendon, J. & Dignam, D. (2010). Child health and development record book: tool for relationship building between nurse and mother. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (5), 968-977. 01/04/2018. **Doi:** 10.1111/j.1365-2648.2010.05285.x.
- Cleveland, L. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(6), 666-91. 01/04/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x>.
- Conde-Agudelo, A., Diaz-Rossello, J. & Belizan, J. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 16(3). 01/04/2018. **Doi:** 10.1002/14651858.CD002771.pub2.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Davis, L., Edwards, L., Mohay, H. & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum. Dev*, 73(1–2), 61–70. 02/05/2018. **Doi:** [https://doi.org/10.1016/s0378-3782\(03\)00073-2](https://doi.org/10.1016/s0378-3782(03)00073-2).
- Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro. (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República I-A Série*, N.º 205 (04-09-1996). 2959 - 2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>.
- Dellenmark-Blom, M. & Wigert, H. (2014). Parents' experiences with neonatal home care following initial care in the neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 575-86. 01/02/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/jan.12218>.
- Dias, J. (2004). *Formadores que desempenho?*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica* (2ª ed.). Loures: Lusociência
- Direcção-Geral de Saúde [DGS]. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa tipo de atuação* (2ª ed). Lisboa: Ministério da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>.
- Doyle, C. (2011) When delivery expectations change: the role nurses play in reducing parental stress. *Nursing for Women's Health*, 15(6), 465–469. Acedido a: 01/04/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2011.01680.x>.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2018). *Documento orientador: Unidade Curricular Estágio com Relatório*. Disponível: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Fägerskiöld, A., Wahlberg, V., & Ek, A. C. (2001). Maternal expectations of the child health nurse. *Nursing & Health Sciences*, 3(3), 139-147. Acedido a: 12/06/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2001.00081.x>.
- Fenwick, J., Barclay, L. & Schmied, V. (2001), Struggling to mother: a consequence of inhibitive nursing interactions in the neonatal nursery. *The Journal of Neonatal & Perinatal Nursing*, 15(2), 49-64. Acedido a: 12/06/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1097/00005237-200109000-00005>.
- Fernandes, A. (2010) *The efficacy of kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain*. Tese de Doutoramento: Universidade de Lisboa. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2406/1/ulsd059513_td_Ananda_Fernandes.pdf.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma Competência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45-60. Acedido a: 12/06/2018. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf.
- Franck, L., Cox, S., Allen, A. & Winter, A. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 608–615. Acedido a: 12/04/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03336.x>.
- Fundação do Gil. (2014). *Documento Estratégico: Cuidados Pediátricos Integrados*. Fundação do GIL, 1–21.

- Gage, D., Everett, D. & Bullock, L. (2006). Integrative Review of Parenting in Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 56-62. Acedido a: 12/06/2019. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00078.x>.
- Góes, A. (1999). Avaliação de questões relacionadas ao atendimento da equipe em uma unidade de cuidados intensivos neonatais sob a perspectiva dos pais após a alta. In Wanderley, D. (Eds). *Agora eu era o rei - os entraves da prematuridade* (83-105). Brasil: Ágalma.
- Grant, J. (2010). Getting connected: how nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 3(3), 218-232. Acedido a: 12/04/2019. Disponível em: http://www.ajan.com.au/Vol27/27-3_Kearvell.pdf.
- Grupo Português de Triagem (2015). Disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=featured&Itemid=113.
- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., MacNevin, R. & Nelson, M. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse*, 31(1), 57-70. Acedido a: 12/04/2019. **Doi:** <https://doi.org/10.5172/conu.673.31.1.57>.
- Heerman, A., Wilson, M. & Wilhelm, P. (2005). Mothers in the NICU: Outsiders to parterns. *Pediatric Nursing*, 31(3), 176-200. Acedido a: 12/04/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16060580>.
- Heydarpour, S., Keshavarz, Z. & Bakhtiari, M. (2016). Factors affecting adaptation to the role of motherhood in mothers of preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *Original Research: Empirical Research – Qualitative*, 73(1), 138-148. Acedido a: 12/04/2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jan.13099>.
- Hockenberry, J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica In Hockenberry, J. & Wilson, D. (Eds). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, J. M., Wilson, D. (2014). Wong, *Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.). Loures: Lusociência.

- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 122-187). Loures: Lusociência.
- Ingram, J., Powell, J., Blair, P., Pontin, D., Redshaw, M., Manns, S., Beasant, L., Burden, H., Johnson, D., Rose, C. & Fleming, P. (2015). Does family centred neonatal discharge planning reduce healthcare usage? A before and after study in South West England. *BMJ Open*, 6(3), e010752. Acedido a: 12/04/2019. **Doi:** 10.1136/bmjopen-2015-010752.
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*, 16.
- Jiang, S., Warre, R., Qiu, X., O'Brien, K. & Lee, S. (2014). Parents as practitioners in preterm care. *Early Human Development*, 90(11), 781–785. Acedido a: 02/01/2019. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.08.019>.
- José, H. M. . (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1993). A Família Durante a Gravidez. In Klaus, M., Kennell, J. *Pais/Bebés – a formação do apego* (p. 21-41). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric HealthCare. *Journal of Maternal Child Health*, 16 (2), 297-305. Acedido a: 02/01/2019. **Doi:** <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10995-011-0751-7>.
- Lai, T. & Bearer, C. (2008). Iatrogenic environmental hazards in the neonatal intensive care unit. *Clin Perinatol*, 35(1), 163–181. Acedido a: 02/01/2019. **Doi:** 10.1016/j.clp.2007.11.003.
- Lopez, G., Anderson, K. & Feutchinger, J. (2012). Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life. *Neonatal Network*, 31(4), 207–214. Acedido a: 02/01/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22763247>.
- Ludington-Hoe, S., Ferreira, C., Swinth, J. & Ceccardi, J. (2003). Safe criteria and procedure for kangaroo care with intubated preterm infants. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 32(5), 579-588. Acedido a: 02/12/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1177/0884217503257618>.
- Maria, A. & Dasgupta, R. (2016). Family-centered Care for Sick Newborns: a Thumbnail View. *Indian Journal of Community Medicine*, 41(1), 11-15. Acedido a: 02/12/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.4103/0970-0218.170957>.

- Martins, C., Abreu, W. & Figueiredo, M. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente Construído. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 121-131. 02/12/2018. **Doi:** <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1394>.
- Martins, C., Abreu, W. & Figueiredo, M. (2017). *Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. Ludomedia – Conteúdos Didáticos e Lúdicos*. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/46966>.
- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-110. Acedido a: 02/12/2018. **Doi:** [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8).
- MCEESIP (2013). *Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Série I, Nº 6. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologica_scontrolodorcrianca.pdf.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. Filadélfia: Lippincott William & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. 5ª Ed. Philadelphia. Lippincott William & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28. Acedido a: 12/10/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- Melnyk, B., Alpert-Gillis, L. & Feinstein, N., Crean, H., Johnson, J., Fairbanks, E., Small, L., Rubenstein, J., Slota, M. & Corbo-Richert, B. (2004). Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, 113(6), 597-607. Acedido a: 12/10/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.e597>.

- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [MCEESIP] (2013). *Guia Orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, 1 (6). Lisboa: OE.
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital - A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152–1162. Acedido a: 12/10/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x>.
- Ministério da Saúde (2011). *Orientações para a organização e funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados.aspx>.
- Mundy, C. (2010). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal Of Critical Care*, 19(2), 156-163. Acedido a: 12/10/2018. **Doi:** 10.4037/ajcc2010130.
- Nascimento, C. (2017). *Utilizadores frequentes do serviço de urgência pediátrica. Realidade ou Mito?*. Dissertação de Mestrado não publicada. UNIT, Brasil.
- Noréna, J., Nyqvistb, K., Rubertssonb, C. & Blomqvista, Y. (2018). Becoming a mother – Mothers’ experience of Kangaroo Mother Care. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16(1), 181–185. Acedido a: 12/10/2018. **DOI:** <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.005>.
- OCDE. (2017). *Health expenditure and financing*. Disponível em: <http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=en#>.
- Ohns, M., Oliver-McNeil, S., Nantais-Smith, L. & George, N. (2016). Nonurgent Use of the Emergency Department by Pediatric Patients: A Theory-Guided Approach for Primary and Acute Care Pediatric Nurse Practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(4), 339-346. Acedido a: 12/10/2018. **Doi:** 10.1016/j.pedhc.2015.09.003.
- Oliveira, M. (2001). Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo. *Revista eletrônica de enfermagem*, 3(2). Acedido a: 12/10/2018. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/719/779>.
- Oliveira, S., Dias, M., & Roazzi, A. (2003). O Lúdico e suas Implicações nas Estratégias de Regulação das Emoções em Crianças Hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 16 (1), 1–13.

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010a). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica – Vol I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011a). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume II*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboap_raticaceesip_volii.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011b). *Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011c). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Promoção da Esperança e Preparação do Regresso a casa da Criança* (Vol. 3). Cadernos OE, Série I, Nº 3, Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: OE. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas No Controlo da Dor na Criança. Cadernos OE. I Série (6)*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orientação nº 014/2010 de 14 de Dezembro (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Direcção-Geral de Saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/?cr=16946>.

- Ortenstrand, A. (2010). The Stockholm Neonatal Family-Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics*, 125(2), 278–285. Acedido a: 12/10/2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20100748>.
- Pereira, S., Oliveira e Silva, A., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M. (...) Freitas, A. (2001). Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37(6), 580-586. Acedido a: 12/11/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1067/mem.2001.114306>.
- Rapuzel, C. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous woman during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242. Acedido a: 12/11/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.06.005>.
- Redondeiro, M., Moura, M., Sousa, E., Soares, M., & Lopes, T. (2003). Promover a Vida Numa Doença Terminal. *Revista Sinais Vitais*, pp. 45-50.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, Aprovado pela Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II Série*, N.º35 (18-02-2011) 8660-8661. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudFamiliar.pdf.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República II Série*, N.º26 (06-02-2019) 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>.
- Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II série*, N.º119 (22-06-2015) 16660–16665. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa/-/search/67552235/details/maximized?print_preview=print-preview&perPage=100&q=Lei+n.%C2%BA%2010%2F97%2Fen/en.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, N.º 133 (12-07-2018) 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.

- Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009. (2009). Aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adoptada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007, aprovado pela Assembleia da República. *Diário da República I Série*, N.º56 (30-07-2009) 4906-4929. ELI: <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/56/2009/07/30/p/dre/pt/html>.
- Rodrigues, S. (2010). *Supervisão em enfermagem neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Roque, S. & Costa, G. (2014). Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. *Millenium*, (47), 47-60. Acedido a: 12/10/2018. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/5.pdf>.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, K., Cavalcante, T., Ribeiro, A., Alencar, T., Fontenele, A. & Santos, D. (2019). Implantação do Modelo de Enfermeiro de Referência em um hospital universitário. *Revista de enfermagem UFPE*, 13(1), 268-74. Acedido a: 02/01/2019. **Doi:** 10.5205/1981-8963-v13i01a236542p268-274-2019.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Nova Iorque: Basic Books.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing image. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. Acedido a: 12/10/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>.
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, Drª N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, Série III (3), 15-23. Acedido a: 12/10/2018. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>.
- Shields, L., Pratt, J. & Hunter, J. (2006). Family-centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317-1323. Acedido a: 12/10/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x>.

- Shields, L., Zhou, H., Taylor, M., Hunter, J., Munns, A. & Watts, R. (2012). Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 Years: A systematic review of quasi-experimental studies. *JBI Library of Systematic Reviews*, 10(39), 2559-2592. **Doi:** <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-32>.
- Sikorova, L. & Kucova, J. (2012). The needs of mothers to newborns hospitalised in intensive care units. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 156(4), 330–336. **Doi:** <https://doi.org/10.5507/bp.2011.046>.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir* (55), 11-20.
- Sims, D., Jacob, J., Mills, M., Fett, P. & Novak, G. (2006). Evaluation and development of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*. 118(Suppl 2), 115-23. Acedido a: 12/10/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0913H>.
- Smith, J., Swallow, V. & Coyne, I. (2015). Involving Parents in Managing Their Child's Long-Term Condition - A Concept Synthesis of Family-Centered Care and Partnership-in-Care1. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 143-159. Acedido a: 12/10/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.014>.
- Sutter, C., & Bucher-Maluschke, J. (2008). Pais que cuidam dos filhos: A vivência masculina na paternidade participativa. *Psico*, 39(1), 74-82. Acedido a: 12/07/2019. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1488>.
- Toral-López, I., Fernández-Alcántara, M., González-Carrión, P., Cruz-Quintana, F., Rivas-Campos, A. & Pérez-Marfil, N. (2016). Needs Perceived by Parents of Preterm Infants: Integrating Care Into the Early Discharge Process. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), e99-e108. Acedido a: 12/07/2019. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.09.007>.
- Umberger, E., MArcha, Canvasser, J. & Hall, S. (2018). Enhancing NICU parent engagement and empowerment. *Seminars in Pediatric Surgery*, 27(1), 19–24. Acedido a: 12/11/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2017.11.004>.

- Vanderbilt, D., Bushley, T., Young, R. & Frank, D. (2009). Acute Posttraumatic Stress Symptoms Among Urban Mothers With Newborns in the Neonatal Intensive Care Unit: A Preliminary Study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(1), 50-56. Acedido a: 12/11/2018. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00004703-200902000-00008>.
- Vieira, A., Martins, C., Macedo, L., & Guerra, M. (2008). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura. *Servir* (56), 146-154.
- Vigod, S., Villegas, L., Dennis, C. & Ross, L. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 117(5), 540–550. Acedido a: 12/11/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x>.
- Voo, K., Ross, G., Ward, M., Yohay, A., Osorio, S. & Perlman, J. (2011). Effects of implementing family-centered rounds (FCRs) in a neonatal intensive care unit (NICU). *Journal of Matern Fetal Neonatal Med*, 24(11), 1403-6. Acedido a: 12/11/2018. **Doi:** 10.3109/14767058.2011.596960.
- Vuorenmaa, M., Halme, N., Perälä, M., Kaunonen, M. & Åstedt-Kuriki, P. (2015). Perceived influence, decision-making and access to information in family services as factors of parental empowerment: a cross-sectional study of parents with young children. *Scandinavian Journal of Caring Services*, 30 (2), 290-302. Acedido a: 12/11/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/scs.12243>.
- Wachman, E. & Lahav, A. (2011). The effects of noise on preterm infants in the NICU. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.*, 96(4), 305–309. Acedido a: 12/11/2018. **Doi:** 10.1136/adc.2009.182014.
- Wall, G., & Arnold, S. (2007). How involved is involved fathering? An exploration of the contemporary culture of fatherhood. *Gender and Society*, 21(4), 508-527. Acedido a: 12/11/2018. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/27640989?seq=1#page_scan_tab_contents.
- Whittingham, K., Boyd, N., Sanders, M., & Colditz, P. (2013). *Parenting and Prematurity: Understanding Parent Experience and Preferences for Support*. Springer Science, Nova Iorque.

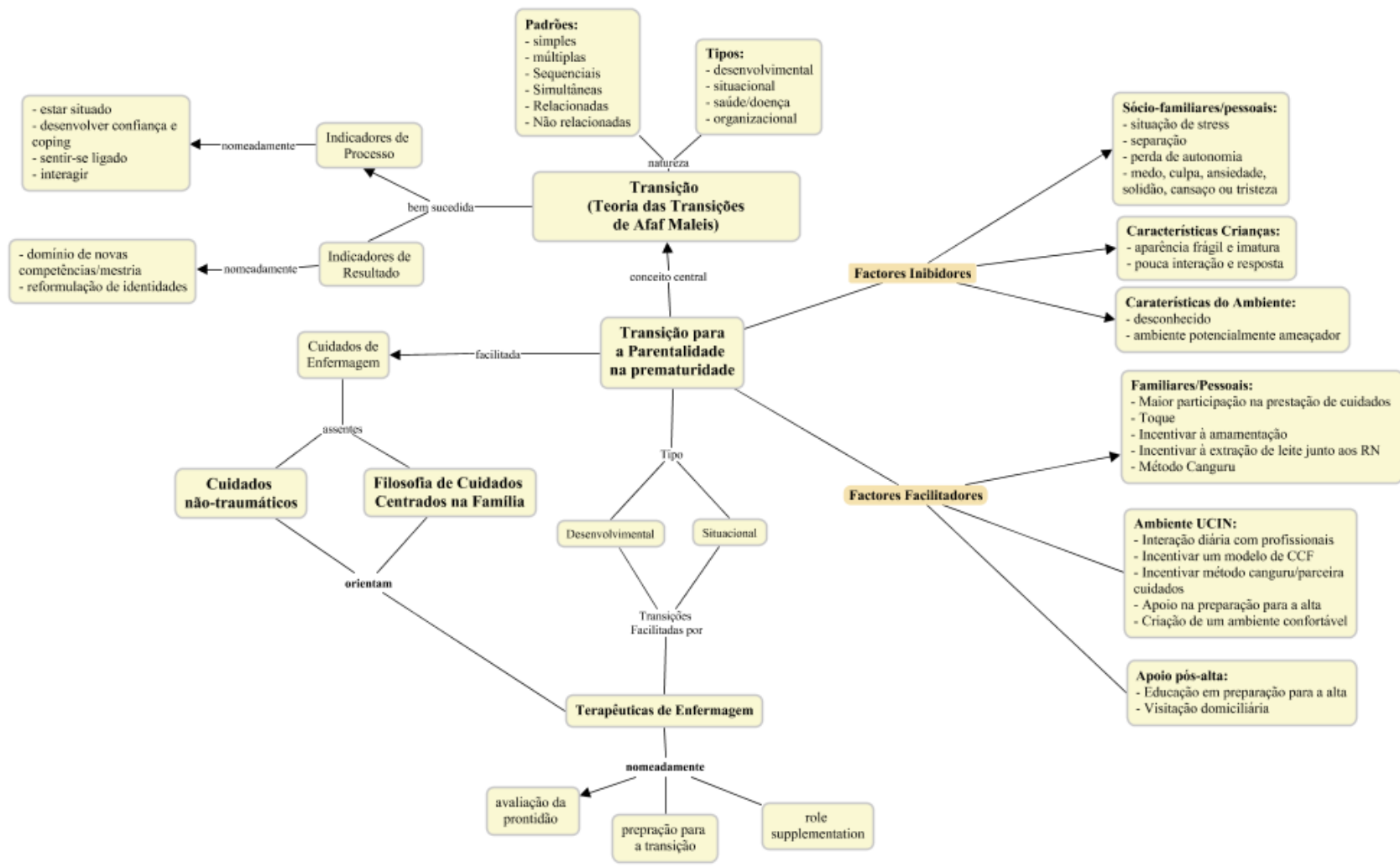
Wigert, H., Berg, M., & Hellström, A. L. (2010). Parental presence when their child is in the neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 139–146. Acedido a: 12/11/2018. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00697.x>.

Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(2), 25-32. Acedido a: 12/11/2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>.

Zanardo, V., Freato, F. & Zacchello, F. (2003). Maternal anxiety upon NICU discharge of high risk infants. *J. Reprod. Infant Psychol*, 21(1), 69-75. Acedido a: 12/11/2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0264683021000060093>.

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa conceptual



Apêndice II – Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

	Set	Outubro					Novembro				Dez		Janeiro					Feb
	24 28	1 4	8 12	15 19	22 26	29 2	5 9	12 16	19 23	26 30	3 7	10 14	3 4	7 11	14 18	21 25	28 1	4 6
Internamento de Pediatria																		
Urgência Pediátrica																		
Centro de Desenvolvimento da Criança																		
Centro de Saúde																		
Neonatologia 1 e 2																		

Feriados	5 Outubro 2018; 1 Novembro 2018; 1 Dezembro 2018
Dia Da Escola	5 Dezembro 2018
Férias Escolares	17 Dezembro 2018 a 02 Janeiro 2019

Apêndice III – Guia orientador de estágio

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO

**TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA PREMATURIDADE:
TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM PROMOTORAS
DO REGRESSO A CASA**

Discente: Daniela Nunes, nº 8377

Docente Orientador: Professora Doutora M.^a Teresa Magão

Lisboa

Setembro 2018

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente guia orientador das atividades em estágio surge integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório do 9º mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, com a finalidade de constituir um instrumento de apoio e orientação das atividades a desempenhar no decurso de cada estágio por forma a maximizar a aquisição das competências na conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família.

Compreender como os pais vivenciam a transição para a parentalidade face à hospitalização e doença do seu bebé, torna-se pertinente para a enfermagem, uma vez que são os enfermeiros os principais cuidadores dos RNs e das suas famílias, que estão a viver processos de transição, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências (Meleis et al., 2000). O exercício da parentalidade influencia a promoção da saúde e bem-estar da criança, sendo que a sua ausência ou alteração, pode interferir no saudável desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no aparecimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage, Everett & Bullock, 2006).

Surge assim a **temática** da transição para a parentalidade em pais de RNs prematuros. O **problema** em estudo é a transição dificultada pela prematuridade e separação e o **objeto de estudo** tem como foco as terapêuticas de enfermagem facilitadoras do regresso a casa do RN prematuro e família na transição parental.

Este guia orientador estrutura-se em: nota introdutória, seguida de um breve enquadramento teórico da problemática, a apresentação da instituição envolvida e os objetivos propostos, e as atividades propostas especificamente para cada semana deste estágio. Para efeitos de apresentação do guia de estágio, no relatório final de estágio na UC, o enquadramento teórico e a apresentação da instituição envolvida estão omissos uma vez que a informação apresentada está contemplada no corpo do presente trabalho.

1. OBJETIVOS E ATIVIDADES PROPOSTAS PARA ESTÁGIO

O percurso proposto reflete duas vertentes: promover o desenvolvimento da criança e do jovem, dando resposta a uma necessidade de desenvolvimento pessoal e profissional, e facilitar a transição para a parentalidade. Foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos:

A. Promover o desenvolvimento da criança e do jovem:

- a. Desenvolver capacidades de comunicação com a criança, jovem e família ajustadas ao estadio de desenvolvimento;
- b. Desenvolver práticas de cuidados, promotoras do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, numa perspetiva de cuidados não traumáticos.

B. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem com foco na facilitação da transição para a parentalidade em situação de prematuridade:

- a. Analisar práticas de cuidados, promotoras da transição para a parentalidade, em idade pediátrica.
- b. Desenvolver um guia de preparação do regresso a casa e acompanhamento no domicílio baseado no projeto “Steps to home passport”.

De forma a atingir os objetivos delineados com vista ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP, foram definidas atividades para cada campo de estágio, os recursos humanos e materiais esperados em contexto de estágio, e os critérios de avaliação definidos de forma a fornecerem evidência do trabalho desenvolvido e apresentado.

2. ATIVIDADES PROPOSTAS PARA CADA CONTEXTO ESTÁGIO

1. INTERNAMENTO DE PEDIATRIA	
1ª Semana (24/09 – 30/09)	<ul style="list-style-type: none">▪ <u>Acolhimento no serviço</u>: conhecer Enfª chefe, Enfª coordenadora e Enfª orientadora;▪ Identificação de aspetos de organização e funcionamento do serviço (consulta de normas, instruções de trabalho e documentos relevantes da instituição e serviço);▪ Apresentação e discussão da proposta de atividades a desenvolver;▪ Familiarização com os colegas e equipa multidisciplinar;▪ Conhecer os instrumentos de trabalho no serviço;▪ Conhecer as patologias mais frequentes.
2ª Semana 01/10 – 07/10)	<ul style="list-style-type: none">▪ Observação participante da atuação do EEESIP no cuidado à criança, jovem e família em contexto de hospitalização;▪ Prestação de cuidados de enfermagem em contexto de hospitalização;▪ Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados;▪ <u>Início de colheita de dados para elaboração de estudo de caso na 4ª semana.</u>
3ª Semana (08/10 – 14/10)	<ul style="list-style-type: none">▪ Entrevista a enfermeira EEESIP para identificação de estratégias facilitadoras e inibidoras da parentalidade em contexto de hospitalização de crianças e jovens, promotoras do regresso a casa;▪ Prestação de cuidados em parceria com as famílias, crianças e jovens.▪ Prestação de cuidados não traumáticos e implementação de medidas não farmacológicas no alívio da dor adequados à idade e desenvolvimento da criança/jovem;▪ Início da elaboração de um folheto informativo sobre os desafios à parentalidade em contexto de hospitalização.
4ª Semana (15/10 – 21/10)	<ul style="list-style-type: none">▪ Entrega do folheto informativo à equipa de enfermagem para aprovação interna pelo centro de formação do hospital;▪ Elaboração do estudo de caso;▪ Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as competências desenvolvidas em estágio.

2. URGÊNCIA PEDIÁTRICA	
1ª Semana (22/10 – 28/10)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Acolhimento no serviço</u>: conhecer Enf^a chefe, Enf^a coordenadora e Enf^a orientadora; ▪ Identificação de aspectos de organização e funcionamento do serviço (consulta de normas, instruções de trabalho e documentos relevantes da instituição e serviço); ▪ Apresentação e discussão da proposta de atividades a desenvolver; ▪ Familiarização com os colegas e equipa multidisciplinar; ▪ Conhecer os instrumentos de trabalho no serviço; ▪ Conhecer as patologias mais frequentes.
2ª Semana 29/10 – 04/11)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribuição de um questionário para levantamento de necessidades de formação pelos enfermeiros sobre aspectos inerentes à prematuridade e ex-prematuridade em contexto de urgência; ▪ Observação participante da atuação do EEESIP no cuidado à criança, jovem e família em contexto de urgência; ▪ Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem em contexto de urgência; ▪ Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados.
3ª Semana (05/11 – 11/11)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaboração na prestação de cuidados em parceria com as famílias, crianças e jovens. ▪ Colaboração na prestação de cuidados não traumáticos e implementação de medidas não farmacológicas no alívio da dor adequados à idade e desenvolvimento da criança/jovem, em situação de urgência; ▪ Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre uma situação específica em contexto de urgência; ▪ Sessão de formação sobre especificidades do cuidado de ex-prematuros no serviço de urgência pediátrica; ▪ Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as competências desenvolvidas em estágio.

3. CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

<p>1ª Semana (12/11 – 16/11)</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ <u>Acolhimento no serviço</u>: conhecer Enfª chefe e Enfª orientadora;▪ Identificação de aspetos de organização e funcionamento do serviço (consulta de normas, instruções de trabalho e documentos relevantes da instituição e serviço);▪ Apresentação e discussão da proposta de atividades a desenvolver;▪ Pesquisa bibliográfica sobre as situações de doença mais frequentes no centro de desenvolvimento;▪ Pesquisa bibliográfica sobre instrumentos de avaliação infantil e suas características: escala de avaliação de desenvolvimento infantil de Mary Sheridan e Growing Skills II;▪ Observação da atuação do EEESIP em contexto de consulta enfermagem para avaliação das competências no desenvolvimento infantil.
<p>2ª Semana (19/11 – 23/11)</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Colaboração na aplicação do instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil – escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan;▪ Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados;▪ Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as competências desenvolvidas em estágio.

4. CENTRO DE SAÚDE	
1ª Semana (26/11 – 30/11)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Acolhimento no serviço</u>: conhecer Enfª chefe e Enfª orientadora; ▪ Identificação de aspetos de organização e funcionamento do centro de saúde (consulta de normas, instruções de trabalho e documentos relevantes da instituição e serviço); ▪ Apresentação e discussão da proposta de atividades a desenvolver; ▪ Pesquisa bibliográfica sobre as situações de doença mais frequentes no centro de saúde ; ▪ Observação da atuação do EEESIP em contexto de consulta enfermagem nas diversas idades.
2ª Semana (03/12 – 07/12)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados; ▪ Colaboração com a EEESIP em contexto de consulta de enfermagem; ▪ Acompanhamento de uma terapeuta na visitação domiciliária e aprofundamento sobre papel do SNIPI.
3ª Semana (10/12 – 14/12)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados; ▪ Colaboração com a EEESIP em contexto de consulta de enfermagem; ▪ Jornal de aprendizagem sobre situação vivida na visitação domiciliária, no SNIPI.
4ª Semana (03/01 – 04/01)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados; ▪ Colaboração com a EEESIP em contexto de consulta de enfermagem; ▪ Elaboração de uma sessão de formação para enfermeiros sobre a importância do SNIPI para a transição para a parentalidade; ▪ Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as competências desenvolvidas em estágio.

5.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ESPECIAIS NEONATAIS

<p>1ª Semana (07/01 – 13/01)</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ <u>Acolhimento no serviço</u>▪ Identificação de aspetos de organização e funcionamento da unidade de cuidados intensivos especiais de neonatologia (consulta de normas, instruções de trabalho e documentos relevantes da instituição e serviço);▪ Apresentação e discussão da proposta de atividades a desenvolver;▪ Observação da atuação do EEESIP e colaboração na prestação de cuidados em contexto de neonatologia;▪ Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados.
<p>2ª Semana (14/01 – 20/01)</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados;▪ Participação e integração na visita domiciliária pela UMAD;▪ Compreender a dinâmica de funcionamento da UMAD e articulação;▪ Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre a integração na UMAD;▪ Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as competências desenvolvidas em estágio.

5.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

<p>1ª Semana (21/01 – 27/01)</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Identificação de aspetos de organização e funcionamento da unidade de cuidados intensivos especiais de neonatologia;▪ Apresentação e discussão da proposta de atividades a desenvolver junto do enfermeiro orientador;▪ Observação da atuação do EEESIP e prestação de cuidados em contexto de neonatologia;▪ Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados;▪ <u>Auscultação dos chefes de equipa e EEESIP</u> para identificação de necessidades de formação no serviço que facilitem a transição da parentalidade na prematuridade facilitadoras do regresso a casa e da pertinência de acompanhamento após a alta;▪ Identificação de colegas que pretendam integrar e colaborar no projeto de promoção do regresso a casa e discussão do projeto com os mesmos;▪ <u>Auscultação de peritos</u> que integrem o Banco do Bebê e no Centro de Estudos do Bebê e da Criança, incluído no Jornal de Aprendizagem.
<p>2ª Semana (28/01 – 03/02)</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Observação da atuação do EEESIP e prestação de cuidados em contexto de neonatologia;▪ Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados.▪ Reformulação do guia de acolhimento da UCIN e criação de um “pack de admissão”;▪ Auscultação de peritos que integrem o Banco do Bebê e no Centro de Estudos do Bebê e da Criança;▪ Elaboração de uma proposta de norma de procedimento enquadrada como contributo para um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: “A caminho de casa”.
<p>3ª Semana (04/02 – 10/02)</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Promoção dos cuidados em parceria e envolvimento dos pais nos cuidados;▪ Divulgação e realização de uma sessão de formação sobre proposta de norma facilitadora da transição do regresso a casa dos RNs e famílias;▪ Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as competências desenvolvidas em estágio.

Apêndice IV – Estudo de Caso



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Discente: Daniela Nunes, nº 8377

Docente orientador: Professora Doutora. M^a Teresa Magão

Lisboa, 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
1.1. Diabetes Mellitus	3
1.2. Diabetes Mellitus tipo I	3
1.3. Complicações da diabetes	4
1.3.1. Hipoglicémia.....	4
1.3.2. Hiperglicémia.....	5
1.3.3. Cetoacidose Metabólica.....	6
1.3. Tratamento da diabetes e prognóstico	7
2. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM	9
2.1. Identificação	9
2.2. Contexto familiar	9
2.3. Genograma	11
2.4. Ecomapa	11
3. AVALIAÇÃO DA DOENÇA ATUAL E TRATAMENTOS RECEBIDOS	12
4. PLANO DE CUIDADOS	15
5. COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM DE EESIP DESENVOLVIDAS	19
6. CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório a decorrer no serviço de internamento de pediatria. Uma das atividades que me propus realizar foi a elaboração deste estudo de caso por forma a contribuir para o desenvolvimento de competências que me permitem cuidar da criança e família em situações de especial complexidade e a maximizar a sua saúde.

Este estudo de caso pretende constituir um instrumento de reflexão e análise sobre o impacto do diagnóstico de uma doença crónica e complexa numa criança e família, por causar uma disrupção da sua vida habitual (Rogers, Lee & Kennedy, 2007). Esta nova condição na saúde origina um processo de transição que implica a aquisição de novos conhecimentos, a alteração de comportamentos e a modificação da perceção que a pessoa tem de si (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000; Meleis, 2005). Compreender o processo de adaptação e resposta à doença assume especial relevância para os enfermeiros, pois constitui a base para a conceção de cuidados centrados na família, em parceria com as crianças e famílias. O estudo de caso permite o exame de um indivíduo, oferecendo informações úteis e minuciosas, motivo pelo qual foi considerado neste processo formativo (Papalia, Olds & Feldman, 2009). Este estudo de caso faz a análise da situação clínica de uma criança de 10 anos de idade com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 inaugural, admitida e internada no serviço de pediatria, de forma a identificar os problemas de enfermagem, o plano de cuidados negociado que vai de encontro às necessidades da criança e família, e refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados ao longo do internamento.

Este estudo de caso é composto por uma fundamentação teórica com a etiologia e patogénia da doença em estudo, seguida da história de enfermagem da criança (incluindo genograma e ecomapa), reflexão sobre a resposta ao processo saúde/doença e sobre os tratamentos realizados, plano de cuidados, e uma reflexão sobre as competências desenvolvidas enquanto enfermeira especialista de enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP).

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Diabetes Mellitus (DM)

A diabetes mellitus é uma doença crónica e complexa, que resulta de uma deficiência na secreção de insulina, de uma alteração na sua ação, ou de ambas resultando num metabolismo anormal dos hidratos de carbono (HC), das gorduras e das proteínas (WHO, 2002). Atualmente o diagnóstico da DM divide-se em quatro tipos: DM tipo 1, habitualmente com défice na produção de insulina; DM tipo 2, associado a um defeito progressivo na produção de insulina; outros tipos específicos de DM com causas diversas; e DM gestacional (Lisboa e Duarte, 2002). A DM tipo 1 é o tipo de diabetes mais comum nas crianças e adolescentes (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2013).

O diagnóstico da DM é realizado tendo por base os parâmetros definidos pela American Diabetes Association (2011): (1) glicose em jejum ≥ 126 mg/dl; (2) sintomas clássicos de diabetes + glicose ocasional ≥ 200 mg/dl; (3) glicémia ≥ 200 mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral com 75g de glicose; (4) hemoglobina glicosilada (HbA1c) $> 6,5\%$. Apesar de atualmente não se recomendar a utilização da medição da HbA1c como instrumento de diagnóstico de diabéticos recentes, este exame é utilizado de forma a detetar o grau de controlo de glicémia nos diabéticos já monitorizados (ISPAD, 2011). A HbA1c identifica a percentagem de glicose que os eritrócitos absorveram do plasma nas últimas 4 a 12 semanas. No entanto, para efeito deste estudo de caso será apenas abordada a DM tipo 1 pois é a patologia em estudo nesta criança.

1.2. Diabetes Mellitus tipo I

A DM tipo 1, de natureza autoimune, pode manifestar-se em pessoas de qualquer idade, apesar de ser mais frequente nas crianças e jovens, sendo que a sua prevalência entre os 0-19 anos se tem mantido estável nos últimos anos (DGS, 2017).

A DM tipo 1 caracteriza-se por uma destruição das células beta pancreáticas e consequente ausência de produção de insulina pelo que a sobrevivência destes pacientes está dependente da administração exógena de insulina (Eiser, 1985). Ainda que a sua etiologia continue a ser investigada, acredita-se que resulta de uma combinação de fatores

genéticos, imunológicos e ambientais que contribuem para desencadear o início da doença, estimulando um processo auto imune que ataca as células beta, resultando numa produção descontrolada de glicose pelo fígado e consequente hiperglicemia (Craig, Hattersley & Donaghue, 2009).

A insulina é uma hormona anabólica essencial ao processamento metabólico dos HC, dos lípidos e das proteínas ao reduzir os níveis séricos de glicose, uma vez que estimula a entrada de glicose nas células musculares e o armazenamento de glicose sob a forma de glicogénio (glicogénese) (Powers, 2005). Ao mesmo tempo, a Insulina inibe a conversão do glicogénio em glicose (glicogenólise) e a conversão dos triglicerídeos em ácidos gordos livres e corpos cetónicos (lipólise) (Powers, 2005). Inibe, ainda, a produção de glicose por vias alternativas, nomeadamente no fígado e nos rins (neoglicogénese) (Powers, 2005). Assim, quando a quantidade de insulina circulante não é adequada, diminui a entrada de glicose nas células musculares, diminui a glicogénese, diminui o armazenamento de adipócitos, e aumenta a glicogenólise, a lipólise e a neoglicogénese (Powers, 2005).

Surge, conseqüentemente, um estado de hiperglicémia mantido uma vez que os mecanismos de eliminação de glicose não são eficazes: a glicosúria causa um aumento da diurese, e conseqüentemente desidratação. Desta forma, sem a administração de insulina, mantém-se a depleção da glicose, da gordura e das proteínas armazenadas, o que juntamente com elevados níveis de desidratação, leva inevitavelmente à morte (Powers, 2005). O início dos sintomas é habitualmente brusco e resulta em hiperglicémia e acidose, que provocam habitualmente, perda de peso e os *três P's da diabetes*: polidipsia, polifagia e poliúria (Record, Ballard & Barry in Hockenberry & Wilson, 2011). Normalmente tem, também, associada uma cetoacidose diabética (ISPAD, 2011).

1.3. Complicações da diabetes

1.3.1. Hipoglicémia

A hipoglicemia ocorre quando o nível de glicose no sangue é ≤ 70 mg/dl, podendo ser fatal ou resultar em sequelas permanentes a longo prazo se não for rapidamente corrigida (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2013). Esta pode ser desencadeada caso haja atraso ou ausência de refeições, excesso de exercício físico,

vômitos ou má disposição que interfiram com a tolerância da alimentação ou excesso de administração de insulina (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2013). A hipoglicemia pode manifestar-se por sudorese, tremores, palidez, sensação de fome súbita, taquicardia, ansiedade, nervosismo, cefaleias, delírio, irritação, confusão, fala arrastada, diplopia, sonolência, convulsões e coma (Record, Ballard & Barry in Hockenberry & Wilson, 2011). Os sintomas são, no entanto, variáveis e diferem de criança para criança, podendo ser difíceis de detectar nas crianças com menos de 5 anos (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2013). O sono é um momento de particular risco de hipoglicemia por se tratar de hipoglicemia assintomática pelo que é recomendada a realização de testes de rotina durante a noite, entre as 3 e 5 horas, sempre que o valor de glicemia ao deitar seja $< 150\text{mg/dl}$ (Ly, Maahs, Rewers, Dunger, Oduwole, & Jones, 2014).

Numa situação de hipoglicemia deve-se atuar prontamente, de modo a que a criança reponha a glicemia dentro dos valores adequados. Se a criança tem valores de glicemia abaixo dos 70 mg/dl deve: (1) ingerir 10 a 15 gramas de açúcar diluído (2 pacotes) numa pequena quantidade de água ou sumo, (2) repetir a pesquisa de glicemia 3 a 5 minutos após a ingestão de açúcar e, (3) se os valores ainda não estiverem dentro dos valores normais deve repetir o primeiro passo até estabilizar a glicemia (APDP, 2018). Após a estabilização da glicemia deve ingerir HC de absorção lenta tais como pão, massas, bolachas de água e sal ou tostas (APDP, 2018).

Se a criança estiver inconsciente (hipoglicemia grave) ou no caso da criança estar a vomitar administrar glucagon através de uma injeção IM (na coxa): $0,5\text{ mg}$ (meia ampola) para crianças $< 25\text{Kg}$ e 1 mg (1 ampola) para crianças $< 25\text{kg}$.

1.3.2. Hiperglicémia

A hiperglicémia ocorre quando não há insulina suficiente para permitir que a glicose penetre nas células, resultando em falta de energia e excesso de açúcar no sangue, com medições de glicemia capilar $\geq 250\text{ mg/dl}$ três vezes consecutivas (Wolfsdorf et al., 2014).

Esta condição pode ser desencadeada se a dose de insulina administrada tiver sido inferior ao necessário, tiver havido uma ingestão excessiva de alimentos ricos em açúcar ou hidratos de carbono, o aparecimento de uma doença (infeções, gripe), corticosteroides,

aumento das hormonas sexuais da puberdade, menstruação (imediatamente antes do ciclo) ou stress (Macrae et al., 2010). Tem como sintomas a poliúria, polidipsia, dor abdominal, tonturas, cansaço, taquipneia, náuseas e vômitos, hálito cetónico, desidratação e alterações visuais (Macrae et al., 2010; APDP, 2018).

Independentemente das causas da hiperglicemia existe uma atitude básica e geral que pode ser feita pela criança e que deve ser incentivada pelos pais, que é aumentar a ingestão de água durante esse período de descompensação (APDP, 2018).

Nas crianças, se não for corrigida através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, a hiperglicemia pode conduzir à cetoacidose diabética, que é uma situação grave e que necessita de tratamento imediato por colocar em risco a vida da criança (Rewers et al., 2002).

1.3.3. Cetoacidose Metabólica

A Cetoacidose Diabética ocorre quando há uma profunda deficiência de insulina, e é caracterizada por uma incidência abrupta, geralmente diagnosticada nas unidades de urgência, que requer tratamento rápido e eficaz (Federle, Almeida, Monteiro & Barbosa, 2011). De entre as principais causas de cetoacidose metabólica encontra-se a diabetes inaugural (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2013).

As manifestações clínicas da cetoacidose metabólica iniciam-se com dor abdominal, poliúria e polifagia, perda de peso, fadiga extrema, hálito cetónico e respiração de *kussmaul*, que pode levar, inclusivamente, à depressão do sistema nervoso central com alterações do estado de consciência e ao coma (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, 2013).

Crítérios de diagnóstico de cetoacidose metabólica associam-se a: (1) glicémia superior a 200mg/dl; (2) Cetonémia > 0,6 mmol/l; (3) pH venoso <7,3; (4) Bicarbonato <15 mmol/l (Rosenbloom, 2010). Consequentemente é essencial realizar a pesquisa de cetonemia sempre que se verifique uma glicémia persistente > 250mg/dl (duas vezes consecutivas) por forma a prevenir a evolução para cetoacidose metabólica, uma emergência médica (ISPAD, 2013). A cetonémia é pesquisada através do recurso a tiras reativas para o sangue sendo que valores superiores a 0,6 mmol/l significam uma cetonemia positiva, que deve ser corrigida através da administração de insulina de ação

rápida de acordo com a recomendação da equipa de saúde e do reforço hídrico (APDP, 2018).

Apesar de a cetoacidose metabólica ser uma emergência médica, a sua correção deve ocorrer gradualmente de modo a evitar especialmente o edema cerebral que pode ocorrer habitualmente 4 a 12 horas após o tratamento com fluidoterapia, inicialmente mais importante do que insulinoaterapia (ISPAD, 2011).

1.4. Tratamento da diabetes e prognóstico

A DM é uma doença crónica pelo que o tratamento da criança com DM tipo 1 consiste numa abordagem multidisciplinar que envolve a família, a criança e a equipa de saúde (enfermeiro especialista, endocrinologista, médico de família, nutricionista, psicólogo, diretor da escola e enfermeiro escolar).

Os objetivos do tratamento da DM tipo 1 são: reduzir os sintomas relacionados com a hiperglicemia; reduzir ou eliminar as complicações crónicas resultantes da diabetes mellitus; e, permitir que a criança tenha um estilo de vida mais normal possível (Craig et al., 2009). Para tal é essencial trabalhar quatro áreas que promovam a normalidade na doença crónica: insulinoaterapia, alimentação, exercício físico e educação da criança e dos pais.

O objetivo da administração de insulina é garantir que existe insulina suficiente para satisfazer as necessidades diárias, que deverá ser ajustada consoante as porções de hidratos de carbono ingeridos, a realização de exercício físico e as situações de doença (Carneiro et al., 2011). A via mais utilizada para a administração de insulina é a subcutânea, pois a existência de uma vasta rede de capilares favorece a absorção da insulina, garantindo o perfil farmacocinético (Carneiro et al., 2011). Apesar de não existir um consenso relativamente à realização ou não de prega cutânea aquando a administração de insulina, recomenda-se que a prega cutânea deve anteceder a introdução da agulha e ser desfeita antes da agulha ser retirada (Marcus, 2013). Também a velocidade de absorção varia consoante o local de administração, sendo mais rápida no abdómen seguido dos braços, coxas e nádegas pelo que a insulina rápida deve ser administrada no abdómen e a insulina lenta preferencialmente nas nádegas (Marcus, 2013).

No que diz respeito à alimentação, esta deverá ser equilibrada ainda que sem restrições severas, com o intuito de manter o controlo metabólico (Pina, 1998). O

planeamento alimentar é, ainda assim, fundamental uma vez que a quantidade de insulina administrada é afetada pela quantidade e tipo de hidratos de carbono que a criança ingere (Smart, Annan, Bruno, Higgins & Acerini, 2014). O consumo alimentar da criança deverá ser analisado periodicamente pelo médico ou dietista, para assegurar que a criança está a satisfazer as suas necessidades já que o controlo nutricional é um dos pilares do cuidado da diabetes. Devem ser feitas 6 refeições diárias, com intervalos de 3 horas, divididas em 3 refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar) e 3 refeições intermédias (meio da manhã, lanche e ceia) evitando a ingestão de hidratos de carbono de absorção rápida (Smart et al., 2014).

Uma vez que são, habitualmente, os pais quem cozinha para as crianças é importante envolver a família no planeamento das mudanças comportamentais e de estilo de vida, tendo em casa alimentos saudáveis e que toda a família siga uma dieta equilibrada e saudável para que a criança não se sentir diferente.

Também o exercício físico é benéfico na gestão da diabetes nas crianças. A criança ao participar em atividades físicas vai melhorar a sua autoestima, reduzir a ansiedade, o stress, facilitar a adesão ao tratamento e a melhorar a sua qualidade de vida. No entanto, o exercício físico deve ser praticado com moderação e controlo pelo risco de hipoglicémia. Deve-se avaliar a resposta ao exercício físico em atividades de duração superior a 30 minutos, o tipo de atividade deve ser avaliado de forma individualizada bem como ter em mente que o exercício aumenta a absorção de insulina (Hanas, 2007; Robertson, 2014).

O ensino das famílias e da criança é fulcral para promover a normalidade daquela criança, para que se sinta integrada e não se sinta diferente. É na promoção dessa autonomia que a enfermagem tem um papel essencial ao educar os pais e a criança de forma, a promoverem uma transição saudável na saúde/doença.

Todas as crianças com DM tipo 1 e família, deverão ser educados relativamente a: monitorização dos níveis de glicémia capilar e dos corpos cetónicos; administração de insulina; protocolos de atuação em caso de hipoglicemia, hiperglicemia ou cetoacidose metabólica; importância de uma alimentação equilibrada e respetiva contagem de hidratos de carbono; e, cuidados a ter em atenção antes, durante e após o exercício físico. O acompanhamento de uma criança com diabetes pela equipa de enfermagem é fundamental pelo que o enfermeiro, nomeadamente o EEESIP, deve ter competências especializadas, atualizadas e capaz de desenvolver intervenções personalizadas a cada situação.

2. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

2.1. Identificação

NOME: F.

GÉNERO: Feminino IDADE: 10 anos

DATA DE NASCIMENTO: 16-03-2008

NATURALIDADE: Guiné

RESIDÊNCIA: União de Freguesias de M. e M. A.

FILHO DE: C.C. e S. B.

DATA DE INTERNAMENTO: 14-09-2019 a 02-10-2018 (18 dias)

DIAGNÓSTICO MÉDICO/ MOTIVO DE INTERNAMENTO: Candidíase, Hipertensão primária e DM tipo I inaugural

OBSERVAÇÃO INICIAL NO SU: Polidipsia, poliúria, polaquiúria e disúria, perda de peso, glicémia capilar de 500mg/dl, sem cetonémia. Exantema micropapular nas virilhas bilateralmente, sem sinais de coceira. Abdómen globoso, doloroso à palpação do hipogastro. PCR 0,45.

ANTECEDENTES MÉDICOS: Obesidade. Sem internamentos anteriores ou cirurgias prévias.

PNV: atualizado de acordo com PNV da Guiné

TRATAMENTO APLICADO: Insulinoterapia (Lantus e Novorapid), fluidoterapia e Cefuroxime EV e Fluconazol oral + clotrimazol pomada.

PESO: 61,2 kg ALTURA: 131,5cm IMC: 39,8

OUTRAS OBSERVAÇÕES: A residir em Portugal há cerca de um mês

2.2. Contexto familiar

A família de F. é originária da Guiné Bissau, mas decidiu vir para Portugal em busca de melhores condições de vida. O pai da F. veio para Portugal há cerca de 10 anos e fixou-se na zona da Amadora, onde atualmente mora e trabalha como empregado de mesa. A mãe da F. veio para Portugal há cerca de 2 anos e trabalha como empregada de

limpeza. O irmão da F., P., tem 20 anos de idade e atualmente estuda em Lisboa, mas mora ainda em casa dos pais. Esta família mora num apartamento arrendado, com familiares perto, nomeadamente tios e primos, que servem de rede de suporte à família.

Estes três membros da família têm os seus documentos legalizados e detêm cidadania portuguesa, estão inscritos no centro de saúde e têm uma convivência saudável entre eles.

A F. é a filha mais nova deste casal, é uma criança de 10 anos de idade, natural da Guiné, onde estava a morar com a avó materna, e que veio para Portugal para junto dos pais e irmão mais velho há cerca de um mês. Na Guiné a F. frequentava a escola e estava no 4º ano de escolaridade, com sucesso académico, era uma criança que gostava de brincar com os amigos e dançar. Veio para Portugal para junto da família, com quem mora, ainda ilegal, o que é uma fonte de preocupação para a família.

Tem alimentação variada, mas ingere frequentemente *fast food* e doces, com pouca ingestão de água. Não tem alimentos que não goste. Tem hábitos de higiene adequados, inclusivamente higiene oral, que faz diariamente de forma autónoma.

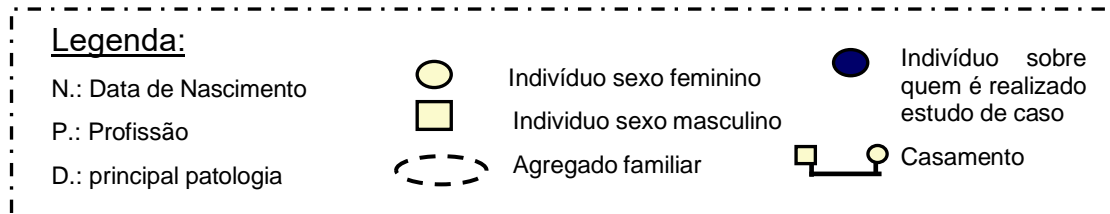
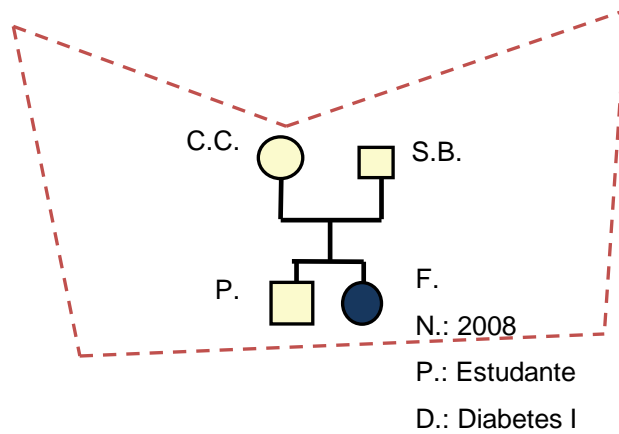
A F. não pode ser inscrita no centro de saúde por estar ilegal, mas foi referenciada para ser seguida após a alta para o centro de saúde de residência. Foi inscrita na escola, mas aguarda vaga, situação que se mantinha no momento da alta.

Após reunião com assistente social, os pais referiram estar preocupados com a situação da menor e foram orientados para o CNAI (Centro Nacional de Apoio ao Imigrante) de forma a poderem tratar da documentação necessária para a legalização da F. O pai mencionou já ter agendado o registo da menor para o final de Outubro por já perfazer 90 dias no território nacional.

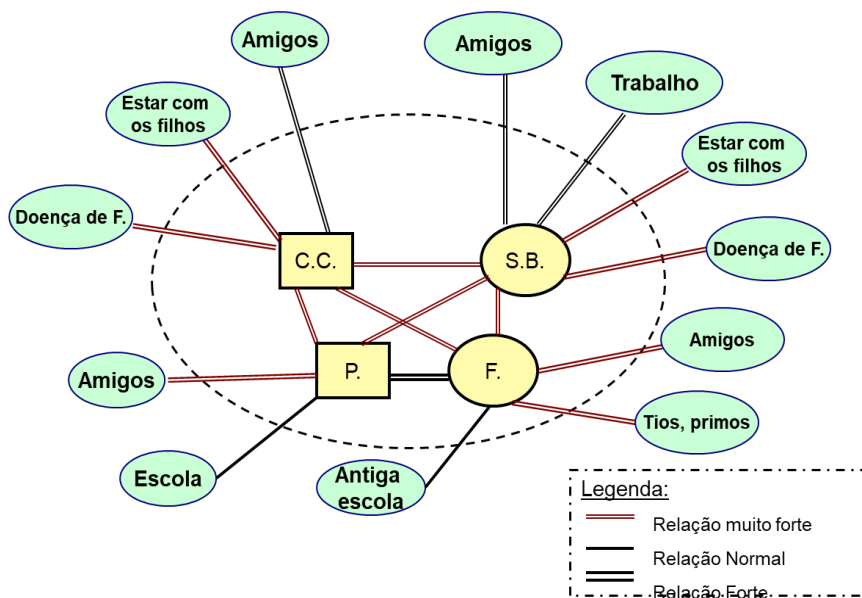
A língua que a família habitualmente fala é crioulo, mas falam e compreendem português sem dificuldade, pelo que a linguagem não foi uma barreira na comunicação.

Esta é uma família unida e participante nos cuidados. Durante o internamento a F. esteve sempre acompanhada pela mãe ou pai, e teve visitas regulares dos restantes familiares pelo que se pode concluir que existe uma forte rede de suporte quando for para o domicílio. A mãe referiu que quando a F. tiver alta e a mãe estiver a trabalhar, esta fica em casa da tia que vive no mesmo prédio, que ficará responsável pela supervisão e acompanhamento da criança nas alturas das refeições.

2.3. Genograma



2.4. Ecomapa



3. AVALIAÇÃO DA DOENÇA ATUAL E TRATAMENTOS RECEBIDOS

A F. é uma criança de 10 anos, saudável, sem cirurgias ou internamentos anteriores, desconhece alergias medicamentosas. Estava aparentemente bem desde que chegou a Portugal, mas cerca de 2 semanas antes do internamento começa a apresentar polidipsia, poliúria, polaquiúria e disúria, sem febre. O pai refere que a criança teve uma ligeira perda de peso não quantificada.

Em resultado do surgimento desta sintomatologia, leva-a ao centro de saúde onde realiza um exame sumário de urina com glucose +++++, sem corpos cetónicos e glicémia capilar Hi, pelo que foi encaminhada para o serviço de urgência por suspeita de DM inaugural. À chegada ao serviço de urgência pediátrica vinha bem disposta, comunicativa, sem queixas significativas de dor apesar de apresentar um abdómen globoso e doloroso à palpação do hipogastro. Exantema micropapular nas virilhas bilateral, sem sinais de coceira. Glicémia inicial de 500mg/dl. Gasimetria com glicose de 631mg/dl e lactato de 2.34mmol/l. Decide-se, consequentemente internamento, com esquema de insulina, fluidoterapia e cefuroxime EV. Os tratamentos imediatos recebidos consistiram em hidratação endovenosa para compensação inicial da hiperglicémia, antibioterapia com cefuroxime por suspeita de infeção urinária, duas tomas de fluconazol oral e clotrimazol pomada, com resolução clínica.

Foi estabelecido um plano alimentar para a F. com restrição das porções de hidratos de carbono, da seguinte forma: pequeno-almoço (pelas 9 horas) e lanche: 3 porções de HC, almoço e jantar: 4 porções HC; ceia: até 1 porção HC, mas por instabilidade nos valores de glicémia e por episódios esporádicos de hipoglicémia devido a não querer comer a ceia ficou decidido que se glicémia capilar < 150mg/dl à ceia tem que ingerir 1 porção HC e se às 03h00 tiver glicémia capilar < 100mg/dl tem que ingerir novamente 1 porção de HC.

As unidades administradas de insulina (lenta e rápida) foram sendo gradualmente reduzidas com a estabilização e normalização dos valores de glicémia capilar. Assim, à alta, o esquema prescrito englobava insulina rápida Novorapid SC ao pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar (<140 – 0UI; 141 a 220 – 1UI; 221 a 300 – 2UI; 301 a 380 – 3UI; >381 – 4UI + 0,7UI por porção de HC ingeridos). A insulina Lantus SC era administrada ao jantar e à alta fazia 10UI.

A estabilização dos valores de glicémia capilar foi sendo conseguida em parceria com a F. e restante família. Foi essencial fazer a capacitação da família para a gestão da diabetes com apoio parental por se tratar de uma criança de 10 anos e por a família desconhecer a doença e como a gerir. Para tal foi importante a realização do plano de cuidados elaborado em conjunto com a família e criança, apresentado seguidamente, numa perspetiva da promoção dos cuidados centrados na família e na parceria de cuidados. O referido plano de cuidados tem como finalidade um olhar mais objetivo e aprofundado sobre as orientações antecipatórias a realizar por parte do profissional de saúde/enfermeiro sobre a doença crónica DM e a situação de crise que a família está a atravessar.

Foram abordados temas que pudessem instruir a família relativamente à doença, nomeadamente, o que é a diabetes, sintomatologia, sinais e sintomas de hipo/hiperglicémia, contagem de hidratos de carbono, cetonémia, avaliação de glicémia capilar e interpretação dos valores, como proceder à troca de agulhas e cartuchos de insulina e a regularidade, modos de administração de insulina, tipos de insulina e a sua ação. Foi sendo verificado que a F. não sabia distinguir alguns números, nomeadamente o seis e o nove, e não sabia contar de forma correta ou identificar se um número era maior que o outro. Devido à dificuldade inicial na contagem dos HC optou-se por validar a quantidade de hidratos ingeridos todas as refeições com a equipa de enfermagem, tendo F. demonstrado uma autonomia crescente. Aconselhou-se os pais a comprarem uma balança de forma a conseguirem contabilizar as gramas dos alimentos que perfazem as porções de HC a ingerir por refeição e copos de medida para calcular os mililitros das bebidas.

Com as educadoras presentes durante a semana e com a equipa de saúde foram sendo trabalhados os números e o cálculo de somas e subtrações, essencial à aquisição de autonomia na contabilização dos HC por porção. Foi fornecido material para avaliação da glicémia, caderno de registos, canetas de insulina, 2 máquinas de avaliação de glicémia (uma das quais Expert que já está programada para a insulina a ser administrada, e que a F. soube utilizar facilmente). Identifiquei, também que a F. não sabia ver as horas nem contar os 15 minutos em que deveria reavaliar a glicémia em caso de hipoglicémia. Também a mãe mostrou dificuldade pelo que, em conjunto, praticámos a identificação dos minutos num relógio e os pais encorajados a comprar um relógio à F. que pudesse usar, o que surtiu efeito e se mostrou benéfico na promoção da autonomia da criança.

A F. esteve sempre hemodinamicamente estável, apirética e com tendência para ligeira hipertensão. Função tiroideia sem alterações. Consulta de oftalmologia sem alterações. Observada pela cardiologia e ecografia sem alterações.

Durante o internamento, a F. teve tendência a permanecer no leito, pelo que foi incentivada a deambular pela enfermaria, estimulada a participar mais ativamente na sua capacitação para a gestão da doença através da leitura da Agenda da D, e a participar em aulas de ginástica e zumba ou outras atividades disponibilizadas no serviço.

Uma semana após a alta, a F. e a mãe dirigiram-se às consultas externas de pediatria do Hospital, de forma a poderem ser analisados os valores de glicémia da semana anterior, em que esteve em casa com a família. Ambas surgiram com algumas dúvidas, nomeadamente, relativas às porções de HC de bolachas e iogurtes líquidos. No entanto, analisando os valores de glicémia registados foi possível identificar que estavam dentro dos parâmetros normais e que a família estava a conseguir ajustar a dieta às necessidades da F. e a cumprir o plano alimentar prescrito. Vinham sorridentes e a aceitar a doença de F., tendo já encontrado estratégias para que o dia-a-dia da F. não fosse alterado e que pudesse começar a frequentar a escola na semana seguinte.

4. PLANO DE CUIDADOS

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
28/10/18	Ansiedade, elevada	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar ansiedade da F. e dos pais; - Apoiar a F. e família; - Escutar a F. e família; - Promover o envolvimento da criança e família na prestação de cuidados; - Disponibilizar tempo; - Confortar o cliente e família; - Esclarecer dúvidas sobre a diabetes mellitus e sobre o seu impacto no dia a dia da criança e família; - Esclarecer sobre a realização de procedimentos de enfermagem durante o internamento. 	<p>28/10/18 Esclarecidas dúvidas verbalizadas pela F. e família, que ficaram mais calma.</p> <p>02/11/18 A F. estava chorosa e triste, mas após brincar com ela ficou mais animada e positiva face à sua doença crónica. Foi encorajada a ir participar na aula de zumba.</p> <p>15/11/18 Família e F. animadas por regressar a casa, ansiosos, mas confiantes.</p>
28/10/18	Crise familiar, atual	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhar sobre os medos verbalizados pela F. e família; - Apoiar a criança e família; - Promover a parceria de cuidados; - Avaliar a necessidade de apoio emocional; - Gerir a crise vivida pela família. 	<p>28/10/18 Pais ansiosos e pouco envolvidos no regime terapêutico da F. antes das refeições.</p> <p>15/11/18 Família autónoma e participativa na avaliação das glicémias, contagem de HC e a responder corretamente às questões colocadas pela equipa.</p>

28/10/18	Aceitação do estado de saúde, iniciado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a atitude face à doença; - Avaliar a necessidade de apoio emocional; - Avaliar a atitude face ao estado de saúde; - Avaliar expectativas da família face à doença crónica. 	<p>28/10/18 F. ocasionalmente revoltada e renitente em colaborar na avaliação da glicémia ou aprender sobre como gerir a sua doença crónica.</p> <p>15/11/18 F. e família envolvidas na gestão do regime terapêutico e com melhor aceitação do estado de saúde da criança, apesar de ainda verbalizarem medos e anseios. F. está maioritariamente sorridente.</p>
28/10/18	Adesão ao registo terapêutico, melhorado	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a criança e família sobre a administração e conservação de insulina - Apoiar a tomada de decisão familiar; - Avaliar a adesão à dieta prescrita; - Avaliar barreiras à adesão terapêutica; - Ensinar e avaliar capacidades da F. e família de avaliar a glicémia capilar, contar HC e identificar a insulina a administrar; - Avaliar conhecimentos sobre diabetes mellitus; - Avaliar a evolução da adesão ao regime terapêutico; - Avaliar tomada de decisão da família sobre a condição da criança; - Promover a adesão ao regime terapêutico prescrito; - Reforçar comportamento positivo. 	<p>28/10/18 F. consegue contar HC com alguma dificuldade, consegue administrar insulina SC e consegue de forma irregular identificar sintomas de risco relacionadas com a DM. A família é pouco participativa.</p> <p>15/11/18 F. e família têm conhecimento adequado sobre a DM e como gerir o regime terapêutico da F.</p>

28/10/18	Apoio da família, atual	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar coping familiar - Colaborar com a F. e sua família para gerir o seu regime terapêutico; - Ensinar sobre a alimentação adequada à criança; - Envolver a família no processo de tomada de decisão; - Facilitar capacidade para o pai e a mãe desempenharem o seu papel; - Promover o apoio familiar efetivo e a comunicação; - Promover a parentalidade efetiva. 	<p>28/10/18 Mãe está presente diariamente a acompanhar a F. mas está pouco envolvida na tomada de decisão sobre o regime terapêutico da F. Pai pouco presente.</p> <p>15/11/18 Pais mais presentes (pai está a trabalhar) e participam ativamente na tomada de decisão sobre o registo terapêutico da F. Família mais comunicativa.</p>
28/10/18	Barreira à comunicação, presente	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar barreiras à adesão terapêutica; - Facilitar capacidade para comunicar as dificuldades à equipa multidisciplinar; - Identificar obstáculos à comunicação; - Providenciar material educativo (papéis, canetas, relógio, cartolina, telemóvel, tablet). 	<p>28/10/18 Família pouco comunicativa. Dificuldades em compreender e falar português. Conseguem falar pouco inglês.</p> <p>15/11/18 Com recurso a desenhos, esquemas e inglês/português foi possível transmitir informação à F. e família.</p>
28/10/18	Capacidade da família para gerir regime dietético, potencialidade	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar risco de status nutricional comprometido; - Avaliar tomada de decisão sobre que alimentos F. deve de ingerir; - Colaborar com a equipa interdisciplinar de forma a compreender o regime dietético da criança; - Ensinar a família sobre regime dietético adequado à criança; - Gerir glicémia; - Gerir hipoglicémia; - Gerir hiperglicémia; - Reforçar comportamento positivo da F. e sua família. 	<p>28/10/18 F. consegue contar HC com alguma dificuldade e identificar em grande medida os alimentos adequados à sua dieta. A família é pouco participativa.</p> <p>15/11/18 F. e família têm conhecimento adequado sobre as porções e alimentos que a F. deve ingerir a cada refeição.</p>

28/10/18	Conhecimento da família sobre a doença, melhorado	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar a família sobre a diabetes mellitus; - Avaliar conhecimentos sobre diabetes mellitus; - Ensinar sobre controlo de sintomas de hipoglicémia, hiperglicemia e cetoacidose diabética; - Avaliar tomada de decisão da família sobre as ações a tomar em caso de hipoglicémia, hiperglicemia, ou cetoacidose diabética; - Gerir doença; - Gerir glicémia (gerir hipoglicémia e hiperglicemia). 	<p>28/10/18 Sabem o que é a DM e como administrar insulina. Têm dificuldades em contar HC, identificar sintomas de risco relacionadas com a DM e glicémias alteradas. Apresentam dificuldades em tomar decisões para corrigir alterações identificadas.</p> <p>15/11/18 Têm conhecimento adequado sobre a DM e como gerir o regime terapêutico da F., bem como corrigir alterações identificadas.</p>
28/10/18	Peso dentro dos limites normais, atual	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar a imagem corporal positiva; - Avaliar a adesão à dieta; - Avaliar autoestima; - Ensinar a família sobre regime dietético adequado à criança; - Gerir regime de exercício; - Monitorizar peso. 	<p>28/10/18 F. tem excesso de peso e não pratica qualquer atividade física. Passa o dia a jogar no telemóvel/tablet e a ouvir música. Relutante em participar em atividades.</p> <p>15/11/18 F. perdeu cerca de 4kgs desde o internamento, permanece menos tempo no quarto e participa nas aulas de ginástica e zumba promovidas no internamento.</p>

5. COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DESENVOLVIDAS

Cabe ao enfermeiro, nomeadamente, ao EEESIP, assumir cuidados de enfermagem especializados e diferenciados, com competência técnica e humana, assente na praxis atual. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) a “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente (...) e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que se mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei n.º 161/96, art.º 4º, 1996). O EEESIP presta cuidados em parceria com a família e com a criança/jovem, sendo este binário o beneficiário dos seus cuidados, através da educação para a saúde e da prestação de cuidados de enfermagem avançados (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Neste sentido, ao prestar cuidados a esta família, em parceria, e com a orientação da enfermeira orientadora, permitiu-me desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP.

No que se refere às competências comuns do Enfermeiro Especialista o principal enfoque esteve na competência: **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O acompanhamento desta criança e família permitiu-me conhecer um novo contexto de cuidados e lidar com crianças e famílias num estágio de desenvolvimento com o qual não estava tão familiarizada, uma vez que exerço funções em neonatologia. Desta forma, permitiu-me ter uma consciência mais elevada de mim enquanto pessoa e enfermeiro, e gerar respostas, de elevada adaptabilidade. Foi, desta forma, demonstrada a minha capacidade de adaptação a diferentes contextos, diferentes idades e estádios de desenvolvimento, tendo em consideração as diferenças e especificidades culturais de cada indivíduo.

Por ser um contexto novo, houve a necessidade de saber gerir sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente e a conseguir atuar eficazmente sob pressão, que considero ter sido conseguido através das diversas discussões que existiram com a orientadora e com a restante equipa, que me permitiram estar mais confiante na abordagem da diabetes com a família e com a criança. Para tal, teve que existir um aprofundamento da teoria de forma a que pudesse basear minha prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

No que diz respeito às competências específicas do EEESIP, todas foram sendo desenvolvidas na interação com esta família. No entanto, efetivamente as competências mais desenvolvidas foram a, **assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**, pela especificidade dos objetivos para este campo de estágio (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A língua foi a maior dificuldade na negociação de cuidados e promoção da parceria de cuidados, pelo que tiveram que ser adotadas diversas estratégias facilitadoras da comunicação, desde o desenho, ao gesto ou à tradução no telemóvel para conseguir comunicar com a família e educar sobre a doença, o que permitiu desenvolver as competências específicas do EEESIP, nomeadamente, a competência ao nível da comunicação e da adequação à idade e estágio de desenvolvimento da criança.

De ressaltar a importância de incluir a família na parceria de cuidados e promoção da autonomia na gestão da doença crónica da F. pelo que a negociação do processo de cuidar de forma a promover a independência na gestão da saúde, foi sendo trabalhada e desenvolvida ao longo de todo o percurso de estágio, respeitando os tempos de cada elemento da família e negociando o seu plano de cuidados. O facto de eu ter identificado a dificuldade da F. e da família, em diferenciar os números ou ver as horas, quer num relógio digital ou analógico, foi essencial para promover a autonomia na gestão da doença e para que a F. e sua família se sentissem confiantes na contabilização dos HC, avaliação dos valores da glicémia e das unidades de insulina a administrar. O diagnóstico destas necessidades na família e a identificação de estratégias facilitadoras da aquisição destes conhecimentos para a gestão dos processos específicos da saúde/doença, conjuntamente com a equipa multidisciplinar.

Ao cuidar e ao acompanhar uma criança com doença crónica, a diabetes, e a sua família, foi possível compreender melhor como promover a adaptação da criança e família à doença e a diagnosticar as necessidades especiais e incapacidades que tinham. É importante perceber, que a criança não é um adulto em miniatura, pelo que lhe é difícil identificar sinais e sintomas de descontrolo dos níveis de glicémia, por exemplo. Assim, a capacidade da família em perceber estas alterações e identificar os sintomas e fazer rapidamente o diagnóstico correto são fundamentais (Abdelghaffar, 2013).

No entanto, os pais destas crianças vão enfrentar um período de grande ansiedade que se inicia com a dúvida do diagnóstico e, com a sua confirmação, a perda da criança

perfeita (Anderson, Goebel-Fabbri & Jacobson, 2009). Os pais da F. demonstravam diariamente a ansiedade de não saberem lidar com a doença da filha. O EEESIP deve estar presente e mostrar-se disponível para esclarecer as dúvidas destes pais, estabelecendo uma relação empática. Outro aspeto a ter presente é a promoção da esperança: demonstrar que eles são capazes de lidar com a situação, que existem apoios na comunidade e que é possível que uma criança com diabetes tenha uma vida normal.

O facto de acompanhar preparação da alta desta família, e ter conseguido estar presente na primeira consulta de acompanhamento pós-alta, permitiu-me compreender melhor a integração dos serviços da comunidade e do acompanhamento das famílias e da criança, em situação de doença crónica, neste Hospital específico.

6. CONCLUSÃO

Ao acompanhar e prestar cuidados de enfermagem a uma criança e família com doença complexa e crónica, numa área que detinha pouco conhecimento e que tive que aprofundar de forma a conseguir transmitir conhecimentos e estratégias promotoras do desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos da sua saúde/doença, possibilitou-me o desenvolvimento de elementos de competências comuns e competências específicas e do EEESIP.

Para tal foi essencial, aprofundar a literatura sobre a temática da diabetes e as orientações atuais que pude transmitir à criança e família. Apesar da barreira linguística e de alguns déficits de conhecimento na área da matemática e em ver as horas, foi possível realizar um trabalho de parceria na promoção da autonomia na gestão da diabetes. De facto, ao ser possível realizar uma avaliação da adaptação da família ao domicílio, em contexto de consulta externa de enfermagem, comprovou-se que as estratégias adotadas por mim e pela equipa multidisciplinar foram eficazes e permitiram que a família regressasse a casa de forma confiante e consciente da doença crónica que os acompanhava.

Desta forma, o estudo de caso foi essencial para refletir sobre as orientações dadas à família e sobre as minhas práticas em contexto estágio num internamento de pediatria, facilitadoras da aquisição das competências de EEESIP. Também a recolha de dados de uma forma sistematizada e aprofundada sobre a dinâmica familiar, através de

instrumentos como o genograma ou ecomapa, permitiram adequar mais facilmente os ensinamentos à realidade daquela família e personalizar o seu plano de cuidados.

Como limitações a este estudo de caso clínico, salienta-se a barreira linguística, que por vezes limitava a transmissão de conhecimentos e estratégias e o facto de estar a iniciar a desenvolver competências a nível da comunicação com crianças de idade pediátrica. Por isso mesmo, este estudo de caso foi facilitador e orientador da integração da experiência vivida em contexto de estágio clínico.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association. (2011). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 34, Suppl., 62-9. Acedido em: 28/09/2018. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1/S62.
- Anderson, B., Goebel-Fabbri, A. & Jacobson, A. (2009). Pesquisa comportamental e aspectos psicológicos no diabetes: progresso e perspectivas. In: Kahn, C., Weir, G., King, G., Jacobson, A., Moses, A. & Smith, R. (Eds.), *Joslin: Diabetes Mellito* (pp.645-656). Brazil: Artmed's Editora.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP]. (2018). *A Pessoa com Diabetes*. Lisboa: Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Disponível em: <https://www.apdp.pt/diabetes/a-pessoa-com-diabetes>.
- Carneiro, J., Casimiro, L. G., Miranda, M., Mendes, M. A., Caridade, T., Monteiro, T., Lopes, C. (2011). Insulino-Resistência e Síndrome Metabólica. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*. 2, 91-100. Disponível em: http://www.spedm.org/website/download/Artigos_de_Revisao-Artigo-3-SPEDM_Vol-6-numero-2-20121110-211427.pdf.
- Craig, M., Hattersley, A. & Donaghue, K. (2009). Definition, epidemiology and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 10 Suppl 1, 3–12. **Doi:** 10.1111/j.1399-5448.2009.00568.x

- Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro. (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República I-A Série*, N.º 205 (04-09-1996). 2959 - 2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>.
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2017). *Programa Nacional para a Diabetes*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-894111-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.
- Eiser, C. (1985). *The psychology of childhood illness*. Nova Iorque: Springer-Verlag.
- Federle, C., Almeida, R., Monteiro, R., & Barbosa, M. E. (2011). Atuação do enfermeiro na cetoacidose diabética. *VOOS Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá*, 3 (2), 54-67. Disponível em: http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/219/05_Vol3.2_VOOS2011_CCS.
- Hanas, R. (2007). *Diabetes tipo 1 em crianças, adolescentes e jovens adultos*. Lisboa: Lidel.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8ª ed.), Rio de Janeiro: Mosby - Elsevier Editora Lda.
- International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes [ISPAD]. (2011). *Diabetes in Childhood and Adolescence*. Disponível em: <https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=726&task=download>.
- International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. (2013). *Diabetes in childhood and adolescence. International Diabetes Federation*.
- Lisboa, M. & Duarte, R. (2002). Classificação e Diagnóstico da Diabete. In R. Duarte (Coord), *Diabetologia Clínica*, pp. 25-43. Lisboa: Lidel
- Ly, T., Maahs, D., Rewers, A., Dunger, D., Oduwole, A. & Jones, T. (2014). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Assessment and management of hypoglycemia in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 15 (20), 180–192. **Doi:** 10.1111/pedi.12174.

- Macrae, D., Pappachan, J., Grieve, R., Parslow, R., Nadel, S., Schindler, M. & Betts, H. (2010). Control of hyperglycaemia in paediatric intensive care (CHiP): study protocol. *BMC Pediatrics*, 10 (5), 38. **Doi:** 10.1186/1471-2431-10-5.
- Marcus, A. O. (2013). Continuous Subcutaneous Insulin Infusion Therapy with Rapid-Acting Insulin Analogs in Insulin Pumps: Does it Work, How Does it Work, and what Therapies Work Better than Others? *The Open Diabetes Journal*, 6 (1), 8–19. **Doi:**10.2174/1876524620130905001.
- Meleis A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher. K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. **Doi:** <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress* (3^a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República II Série*, N.º26 (06-02-2019) 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O mundo da Criança: da infância à adolescência* (17^a ed.). São Paulo: Mc Graw Hill.
- Pina, R. (1998). A criança diabética. *Diabetes: Viver em Equilíbrio*, 7, pp. 7-9.
- Powers, A. (2005). Diabetes Mellitus In Kasper, D., (Coord), *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Rewers, A., Chase, H. P., Mackenzie, T., Walravens, P., Roback, M., Rewers, M., Hamman, R. & Klingensmith, G. (2002). Predictors of acute complications in children with type 1diabetes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 287 (19), 2511–8. **Doi:** <https://doi.org/10.1001/jama.287.19.2511>.

- Robertson K., Riddell, M., Guinhouya, B., Adolfsson P., Hanas R. & International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. (2014). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Exercise in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 15 (20). **Doi:** 10.1111/pedi.12176.
- Rogers, A., Lee, V. & Kennedy, A. (2007). Continuity and change?: Exploring reactions of guided self-management intervention in a randomised controlled trial for IBS with reference to prior experience of managing a long term condition. *Trials*, 8 (6). **Doi:**10.1186/1745-6215-8-6.
- Rosenbloom, A. (2010). The management of diabetic ketoacidosis in children. *Diabetes Therapy. Diabetes Ter*, 1 (2), 103–20. **Doi:**10.1007/s13300-010-0008-2.
- Smart, C., Annan, F., Bruno, L., Higgins, L. & Acerini, C. (2014). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Nutritional management in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 15 (20), 135–53. **Doi:**10.1111/pedi.12175.
- Wolfsdorf, J. I., Allgrove, J., Craig, M., Edge, J., Glaser, N., Jain, V. & Hanas, R. (2014). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state.. *Pediatric Diabetes*, 15 (20), 154–179. **Doi:**10.1111/pedi.12165.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Diabetes Mellitus*. Acedido em: 18/09/2018. Disponível em: <http://www.who.int>.

**Apêndice V – Entrevista a enfermeiro especialista em saúde infantil e
pediátrica sobre a transição para a parentalidade em contexto de
internamento de pediatria**



Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**ENTREVISTA A ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE
INFANTIL E PEDIÁTRICA SOBRE A TRANSIÇÃO PARA A
PARENTALIDADE EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE
PEDIATRIA**

Discente: Daniela Nunes, nº 8377

Docente orientador: Professora Doutora M^a Teresa Magão

Lisboa, 2018

1. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

O presente trabalho surge enquadrado nos objetivos delineados para o estágio no internamento de pediatria, e pretende documentar o resultado da entrevista realizada a uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Enf.^a C.), enfermeira no serviço de pediatria de um hospital central na zona de Lisboa à cerca de 14 anos, chefe de equipa, e envolvida ativamente junto das famílias e crianças na sua capacitação e facilitação do processo de transição para a parentalidade em casos de doenças crónicas e em contexto de hospitalização e preparação do regresso a casa.

A realização desta entrevista pretende, através da reflexão, alargar os meus conhecimentos e competências relativos à prestação de cuidados de enfermagem em situações de grande complexidade com vista à preparação do regresso a casa, em articulação com as estruturas hospitalares e da comunidade. Desta forma, através da entrevista informal com a enfermeira C., pretendo recolher informação que me permita refletir sobre a minha prática diária e permita aprofundar e esclarecer algumas dúvidas que me possam surgir durante o estágio clínico.

2. PLANEAMENTO

Para a realização da entrevista foi contactada a enfermeira especialista C. pessoalmente, em contexto de estágio, e recolhida a sua autorização para participar nesta entrevista mantendo o anonimato. O guião apresentado para a realização da entrevista foi validado com a professora orientadora antes de ser posto em prática.

2.1. Guião da Entrevista

- Qual a sua perspetiva sobre a participação da mãe/pai nos cuidados?
- Quais os cuidados que são da responsabilidade do enfermeiro?
- Quais os cuidados que são da responsabilidade da/o mãe/pai?
- Quais as vantagens ou desvantagens de os cuidados serem prestados pela mãe/pai?
- Negocia com a mãe ou pai sobre a sua participação nos cuidados? Se sim, como e quando?
- Quais as implicações da participação do pai e mãe no planeamento e implementação do seu plano de cuidados?

- O que considera ser a importância da parentalidade e transição para a parentalidade na família?
- Que fatores considera serem inibidores e facilitadores da transição para a parentalidade em contexto de hospitalização?
- O que considera necessário melhorar na prática dos enfermeiros ao ajudar as mães e pais a lidarem com o internamento do seu filho?
- Como funciona a articulação com a comunidade em preparação para a alta em casos de doentes crónicos ou de complexidade elevada?

3. EXECUÇÃO

A entrevista decorreu no serviço de internamento de pediatria, a 13 de Outubro de 2018 e teve uma duração de cerca de 1 hora. Antes do início da entrevista foram apresentados à enfermeira especialista C. os objetivos da mesma e garantido que os dados recolhidos e apresentados seriam para uso exclusivamente académico, de forma a poder alargar as minhas competências e conhecimentos enquanto enfermeira especialista a frequentar o estágio da especialidade em enfermagem de SIP. O guião da entrevista foi utilizado ao longo da entrevista como orientador da mesma, tendo-se apresentado como um recurso organizador.

4. SINTESE DA ENTREVISTA

Após a transcrição na íntegra da entrevista e a reflexão sobre a mesma, foi possível identificar tópicos organizadores da informação recolhida. Neste sentido, é apresentado o resultado obtido, organizado por temas, seguido de transcrição parcial da entrevista e de uma síntese do conteúdo recolhido para cada tema identificado.

Parceria de cuidados e negociação do plano de cuidados

*“Os pais devem, dentro do possível, prestar cuidados ao seu filho porque **são os pais ou os cuidadores habituais quem melhor conhecem a criança**, promovendo um cuidado mais adequado para aquela criança em particular. Quando estamos a **trabalhar em parceria com os pais e com as crianças**, os cuidados de enfermagem acabam por ser o mais personalizados possível...”*

*“Os cuidados prestados pelos enfermeiros, prendem-se sobretudo aos mais técnicos, sobretudo se for numa situação aguda de doença em que não é suposto que sejam os pais a cuidar dos filhos. Em situação de internamento, em que a criança tem uma doença crónica, mesmo alguns dos cuidados que consideramos mais técnico como por exemplo, a administração de alimentação por sonda nasogástrica, **podem e devem ser os pais a fazê-lo e a serem capacitados para o fazer se houver a previsão de que essa situação se mantenha a longo prazo. Qualquer cuidado prestado, deve ter em consideração a disponibilidade dos pais ou dos cuidadores principais daquela criança...**”.*

*“A negociação dos cuidados prestados depende sempre do cliente e do que pretendemos fazer. Por exemplo, hoje de manhã, com um menino com uma fratura na tibia, começámos por perguntar se a sua intenção era fazer a sua higiene no período da manhã, ele disse que sim, mas a mãe ficou receosa por termos que mobilizar a criança e pela dor que poderíamos causar. Após explicarmos as estratégias que auxiliam a mobilização no leito e que não era suposto causar dor se mobilizássemos de uma forma e não de outra, fomos **ganhando confiança da família** e, a partir do momento em que se mostram disponíveis para auxiliar nos cuidados ou até serem eles próprios a prestá-los, só temos é que **encorajá-los, ainda que estejamos por perto caso ocorra alguma dúvida**”.*

Os pais ou cuidadores habituais são quem melhor conhece os filhos e quem transmite calma e confiança à criança num ambiente desconhecido. Para prestar cuidados personalizados e centrados na família, princípio basilar na pediatria, é essencial incluir a criança e a família, na maximização da sua saúde. Através da negociação e da parceria de cuidados é possível prestar cuidados de enfermagem personalizados e facilitadores da autonomia das famílias num ambiente desconhecido e assustador como pode ser um internamento de pediatria.

Negociação no planeamento de cuidados

*“Para mim é **impensável fazer um plano de cuidados sem incluir a família. Os pais para mim fazem sempre parte do plano de cuidados. Enquanto enfermeiros, temos sempre que ter em consideração, e sobretudo na pediatria, quais são os hábitos da criança. Portanto, uma coisa tão simples como o banho num bebé, que o deixa mais confortável e descontraído, se é habitualmente feito no final da tarde ou no início da noite***

*para que durma melhor, deve ter-se em consideração no planeamento de cuidados. É uma questão de **adaptarmos os cuidados dentro do possível aquilo que a criança tem no seu ambiente familiar**. Assim, o impacto da hospitalização vai ser francamente menor, e a participação da criança e dos pais nos cuidados vai ser maior, a adesão aos cuidados vai ser maior, e portanto se por um lado gastamos mais tempo porque temos que ajustar os nossos cuidados à família, ganhamos tempo e confiança dos pais porque conseguimos manter as suas rotinas e conseguimos inclui-los nos cuidados. A criança fica mais participativa e menos chorosa, e a família fica mais satisfeita”.*

Considera que o planeamento de cuidados em parceria com a família e a criança proporcionam melhoria nos cuidados de enfermagem e mais satisfação e adesão ao plano de cuidados por parte da criança e da família. É essencial que o internamento não tenha um impacto grande no dia-a-dia da família, e que lhes permita manter rotinas, promotoras de uma normalidade.

Os enfermeiros são os modelos de aprendizagem preferencial dos pais durante o internamento através da observação, pelo que é fundamental que os enfermeiros tenham essa consciência na prática de cuidados.

Parentalidade e Transição para a parentalidade

*“Os **fatores inibidores são essencialmente a complexidade da situação e dos cuidados de enfermagem que necessitam de ser prestados. Os facilitadores são a abordagem da equipa de saúde, a abertura para a dificuldade de um internamento e do que isso pode ter significado para aqueles pais e aquelas mães. Por isso é essencial a equipa estar recetiva e valorizar a dificuldade da transição para a parentalidade em contexto hospitalar. É essencial que promovam que os pais continuem a ser pais, a acreditar que os pais são os principais cuidadores e inclui-los desde logo no plano de cuidados**”.*

*“...**muitos pais estão sozinhos, as famílias são pequenas, não conseguem dar apoio familiar e estar presentes durante o internamento. Os pais têm que faltar ao trabalho para acompanhar os filhos no internamento, e em famílias com mais filhos torna-se complicado porque por vezes não têm com quem deixar os outros filhos ou quem os leve à escola. Assim, as crianças acabam por ficar muitas vezes sozinhas no internamento, e os pais verbalizam que se sentem culpados e que não conseguem ser***

pais. Há ainda muita falta de apoio social e familiar para famílias com filhos com doenças crônicas. Depois, a população que abrangemos é também muito carente e com pouca alfabetização pelo que se torna complicado o acompanhamento dos filhos no internamento e a realização de ensinamentos que promovam a autonomia, em casa .”

Destaca-se a falta de suporte familiar, ressaltando a existência de famílias cada vez menos alargadas, e a falta de suporte da comunidade. Também a refere que por vezes o suporte profissional fica dificultado pela população que abrange, pelo que se têm que encontrar estratégias promotoras da transição para a parentalidade em situação de internamento de pediatria, que sejam facilitadoras da autonomia das famílias.

Capacitação no papel parental

*“Para mim é impossível conceber a ideia de trabalhar em pediatria sem incluir a família nos cuidados. A família é o suporte daquela criança, tanto que somos uma fonte de stress para a criança que os pais não o são, bem como o ambiente o desconhecido do internamento. Podemos usar estratégias para minimizar isso, e uma delas é exatamente a **inclusão dos pais nos cuidados e o empowerment das famílias**. Está descrito que minimiza o tempo de internamento o que traz benefícios a nível de custos e traz benefícios também para a família....”*

*“**Incluir os pais nos cuidados torna o nosso trabalho mais fácil**, e tanto os profissionais de saúde como as crianças e as famílias ficam bem mais felizes. Se tivermos em conta que a felicidade é o “Ex Libris” da nossa prestação, não é só a criança melhorar, não é a criança ficar bem, mas dependendo das situações, por exemplo, das crianças com doença crónica, o mais importante é estarem felizes, porque muitas vezes a situação prolongar-se-á no tempo”.*

*“Ao prestarmos cuidados em parceria com os pais durante o internamento e ao capacitá-los para prestarem cuidados, quando os pais nos visitam com as crianças ou quando a criança tem um reinternamento e nos conhece e corre para nós, sem medo, se tem uma agudização de uma situação crónica em que os pais não necessitam dos enfermeiros para prestarem os cuidados básicos aquela criança porque já estão capacitados para o fazer de internamentos anteriores, e isso deixa-me muito satisfeita, pensar que **nós estamos disponíveis para os ajudar caso seja necessário, mas que a figura principal são os pais**”.*

É realçada a importância da inclusão da família nos cuidados prestados diariamente, bem como a filosofia de parceria de cuidados em que assentam os cuidados de enfermagem pediátricos. Para facilitar a transição para a parentalidade em situação de internamento, nomeadamente se em presença de doença crónica, é essencial capacitar os pais e dar-lhes ferramentas que lhes permita continuar a ser os principais cuidadores dos seus filhos, sob a orientação da equipa de enfermagem.

Articulação com a comunidade

*“Enquanto enfermeiros podemos **articular com os cuidados de saúde primários**. Neste momento existe uma folha de referenciação que é preenchida de forma a conter a informação estritamente necessária sobre a situação clínica e familiar da criança, à qual se anexa a carta de alta de enfermagem e carta de alta médica. Tentamos fazer um contacto telefónico com a enfermeira de família caso haja e, se não houver, com a enfermeira de saúde infantil do centro de saúde onde pertencem a criança e os pais. Mas é muitas vezes difícil contactar com o centro de saúde. **Em situações crónicas temos a UMAD (unidade móvel de apoio domiciliário)** a quem, segundo critérios definidos, podemos referenciar a criança, por escrito, após a autorização dos pais ou do responsável pela criança, para a visita domiciliar. Da minha experiência posso salientar que os pais ficam francamente mais confortáveis em saber que vão ser recebidos no centro de saúde com a informação de que já estiveram no hospital e do que se passou, sobretudo quando são bebés mais pequeninos ou situações de pós-operatório. No fundo penso que os pais ficam aliviados ao saber que vai ser dada uma continuidade do tratamento que foi iniciado no hospital, portanto isso dá segurança as famílias...”*

“Acho que é extremamente importante a visitação domiciliária e o acompanhamento pós-alta...”

Destaca-se a dificuldade em dar continuidade aos cuidados no pós-alta e articular com a equipa de enfermagem nos centros de saúde, ainda que seja visto como benéfico para estas famílias. É essencial que após a alta as famílias e as crianças não se sintam abandonadas e que lhe seja reforçada a confiança, quer seja através do contacto telefónico, da visitação domiciliária ou da correta referenciação para os centros de saúde.

5. CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A realização desta entrevista revelou-se um contributo fundamental para a consolidação de conceitos e para a reflexão sobre as terapêuticas de enfermagem facilitadoras da transição para a parentalidade em pediatria e em contexto de internamento. Ajudou a validar que o conceito de cuidados centrados na família, que assenta no princípio de que o cuidar das crianças e famílias se baseia numa relação de parceria colaborativa em que elas têm que ser envolvidas no processo de cuidados, filosofia que é defendida na enfermagem da criança e jovem (Ahmann, 1998¹; Regulamento n.º 123/2011²). Desta forma, os cuidados de enfermagem contribuem para a mestria das famílias e para restaurar o controlo perdido, estimulando o envolvimento nos cuidados para que adquiram autonomia e responsabilidade pelo bem-estar da criança no internamento e em casa (Mikkelsen & Frederiksen, 2011³; Shields et al., 2012⁴). Foi, mais uma vez, salientada a importância da articulação com as estruturas da comunidade após a alta e o impacto positivo que tem na confiança dos pais na prestação de cuidados no domicílio e na redução com impacto negativo que um internamento tem para a família. De facto, a visitação domiciliária, é uma estrutura de extrema importância para as famílias, com impacto positivo, tal como analisado anteriormente na fundamentação teórica.

Face ao exposto, a realização da presente atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, nomeadamente no **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, uma vez que desenvolveu a consciência que tenho de mim enquanto enfermeira na área da pediatria, por permitir uma melhor adaptabilidade e integração no internamento de pediatria e permitir integrar melhor conceitos basilares da pediatria, e que devo ter sempre em

¹ Ahmann, E. & Johnson, B. (2001). Family matters: new guidance materials promote family-centered change in health care institutions. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(2), 173-175. Acedido a: 02/06/2018. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/19576d9a950e21a6617a875ad8b339fa/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47659>.

² Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, Aprovado pela Ordem dos Enfermeiros. Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8660-8661. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudFamiliar.pdf.

³ Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital - A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152-1162. **Doi:** 10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x.

⁴ Shields, L., Pratt, J. & Hunter, J. (2006). Family-centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317-1323. **Doi:** 10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x..

consideração aquando do planeamento de cuidados de forma promover a autonomia das famílias e a qualidade de cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019)⁶.

Permitiu ainda o desenvolvimento das competências específicas do EEESIP, nomeadamente na competência **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**, quanto à implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade através da validação da importância da negociação e da participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, através do recurso a técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018, 2018)⁷. De salientar, ainda o desenvolvimento de competências relativas a estruturas da comunidade, nomeadamente, a UMAD e as referências internas para os centros de saúde, que permitiram alargar as competências na parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018)⁶.

⁶ Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República II Série, N.º26 (06-02-2019), 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>.

⁷ Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República II Série, N.º 133 (12-07-2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.

**Apêndice VI – Desafios à parentalidade em contexto hospitalar:
folheto informativo aos pais**

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

- Internamento de Pediatria -

**DESAFIOS À PARENTALIDADE EM CONTEXTO
HOSPITALAR: FOLHETO INFORMATIVO AOS PAIS**

Discente: Daniela Nunes, nº 8377

Docente orientador: Professora Doutora M^a Teresa Magão

Lisboa, 2018

1. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

O presente folheto, em apêndice (apêndice I), resulta da identificação da importância de um acolhimento eficaz, que transmita confiança às famílias e promova a facilitação da transição saúde-doença decorrente da hospitalização da criança ou jovem.

O acolhimento dos pais no momento da admissão condiciona em grande medida a sua atitude face à equipa multidisciplinar e ao hospital, promovendo a confiança na equipa e o estabelecimento de uma relação de parceria de cuidados (Fernandes, 1988)¹. Cabe, desta forma, à equipa de enfermagem, promover um acolhimento que decorra da melhor forma possível nas suas diversas etapas: a receção, a informação e a integração (Ferreira e Valério, 2003)².

A receção feita à criança e pais é o momento em que se criam as primeiras impressões sobre o serviço e sobre quem o recebe, devendo mostrar-se simpatia e compreensão e incluir a apresentação da estrutura física do serviço (Doca & Costa Júnior, 2007)³. O momento da transmissão da informação é essencial e complexo pelo que a informação fornecida deve ser uniforme, clara e concisa por forma a tranquilizar os pais e criança promovendo a troca de informações e a parceria de cuidados. O momento de integração da criança e dos pais no serviço e na equipa de enfermagem é aquele em que se inicia uma relação de parceria de cuidados entre a equipa de enfermagem, os pais e a criança (Tavares, 2008)⁴.

Os pais que têm um filho doente e hospitalizado, apresentam um elevado grau de ansiedade. Sendo o hospital um ambiente desconhecido e estranho para a criança e para os seus pais, a ansiedade parental por a criança estar doente e a família afastada do lar, coloca-os numa posição vulnerável. Nesta medida, a hospitalização de uma criança é um evento difícil, stressante, assustador e desconfortável para os pais, que pode ameaçar a estabilidade de toda a família (Ygge, 2004)⁵.

¹ Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma Competência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45-60. Acedido a: 12/06/2018. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf.

² Ferreira, C. & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Revista Informar*. 30, 10-13.

³ Doca, F. & Costa Júnior, A. (2007). *Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2007000200002&script=sci_abstract&tlng=pt

⁴ Tavares, P. S. T. (2008). *Acolher...Brincando - A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7177/2/Tese%20Mestrado%20Patricia.pdf>.

⁵ Ygge, B. (2004). Parental involvement in pediatric hospital care: implications for clinical practice and quality of care. *Acta Universitatis Upsaliensis*, 40. Disponível em: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:164127/FULLTEXT01.pdf>.

A culpa é recorrentemente manifestada pelos pais, uma vez que, em qualquer tipo de doença, estes questionam a sua capacidade de prestar os cuidados necessários à criança, enquanto avaliam se poderiam ter prevenido ou se provocaram a doença (Hockenberry e Wilson, 2011)⁶. Este sentimento intensifica-se aquando da hospitalização pela impotência de não poderem aliviar a dor física ou emocional da criança. Surge, ainda, o medo e a ansiedade relativamente aos procedimentos médicos e à gravidade da doença, bem como a frustração decorrente da hospitalização da criança e da perda momentânea de controlo (Hockenberry e Wilson, 2011)⁶.

No entanto, apesar dos stressores afetivos e cognitivos experienciados pelos pais decorrentes da hospitalização da criança, estes continuam a ser quem melhor conforta e acompanha a criança durante o internamento, por serem quem melhor a conhece quem melhor mantém as rotinas diárias (Crawford, Lewis, Bartholomew & Joseph, 2018)⁷. É, desta forma esperado que os pais sejam participantes dos cuidados da criança, numa perspetiva de parceria de cuidados (Power & Franck, 2008)⁸.

A legislação portuguesa no artigo 2º da Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro (2009)⁹, prevê que a criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de uma pessoa que os substitua. Também a Carta da Criança Hospitalizada (IAC,1988)¹⁰ refere a importância do acompanhamento das crianças hospitalizadas, bem como a participação dos pais nos cuidados que lhe são prestados.

Os pais devem ser capacitados para cuidar dos seus filhos, não descurando a sua saúde física e mental (Pedro & Marcon, 2007)¹¹. Estes necessitam de cuidar de si mesmos para poderem exercer o papel parental junto dos filhos. É, por isso, importante que os pais reconheçam a disponibilidade da equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) para os ouvir e que se sintam confortáveis para expressarem os seus sentimentos (Pedro & Marcon, 2007)¹¹. Também familiares,

⁶ Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8ª ed.), Rio de Janeiro: Mosby - Elsevier Editora Lda.

⁷ Crawford, D., Lewis, M., Bartholomew, M. & Joseph, S. (2018) Enhancing Parent Participation with Hospitalized Children Using the Gentle Hair Brushing Routine. *Pediatric Nursing*, 44 (4), 169-177.

⁸ Power, N. & Franck, L. (2008). Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (6), 622-641. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04643.x.

⁹ Lei n.º 106/2009 (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 178/09, de 14 de Setembro. Assembleia da República. *Diário da República I Série*, N.º 106 de 14-09-2009), 6528-6550. ELI: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/489768/details/maximized>.

¹⁰ Instituto de Apoio à Criança [IAC]. (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Instituto de Apoio à Criança. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf.

¹¹ Pedro, K. & Marcon, S. (2007). Perfil e vivência dos cuidadores informais de doentes crónicos assistidos pelo NEPAAF - Núcleo de estudos, pesquisa, assistência e apoio à família. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 6(0). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/653/153>.

amigos ou grupos de ajuda se têm mostrado benéficos como estratégia de coping (aboutkidshealth, 2012)¹².

Sempre que possível, ambos os pais devem estar envolvidos nos cuidados ao seu filho de forma a atenuar o cansaço, o stress e a fadiga por forma a prevenir o ‘*burnout*’ decorrente do internamento prolongado. (aboutkidshealth, 2012)¹². Estes devem ser encorajados a tocar, abraçar e conversar com o seu filho para ajudá-los a superar a culpa e para se relacionarem com ele (Orzalesi & Lucia, 2011)¹³. Não devem descurar, no entanto, o tempo a dois, sem a criança, tal como faziam antes do internamento (aboutkidshealth, 2012)¹².

Alguns pais retiram, também, benefícios de integrarem grupos de suporte, onde se podem expressar a outros pais na mesma situação que eles, e aprender como gerir o dia-a-dia das suas crianças (aboutkidshealth, 2012)¹².

Manter um estilo de vida saudável, uma alimentação regrada, horas de sono adequadas e a prática regular de exercício físico são, ainda, benéficos, para manter a saúde física e mental (aboutkidshealth, 2012)¹². Encontrar tempo para descansar e relaxar é essencial para os pais recuperarem energias e voltarem ao cuidado da criança, para isso podem recorrer a massagens, caminhadas, rezar, música ou a escolha de um hobby (aboutkidshealth, 2012)¹².

A busca da religião como auxílio para enfrentar o problema tem ajudado as famílias a superar situações de crise, a aceitação do diagnóstico e a lidar com as frequentes recidivas do quadro clínico da criança (Vasconcelos, 2006)¹⁴.

Essencialmente o que se pretende é que os pais ou cuidadores possam cuidar de si enquanto cuidam da criança internada. Manter o vínculo entre a criança e o cuidador é uma importante parte da transição para a parentalidade durante o internamento em pediatria, e uma qualidade que se tem mostrado central para a saúde da criança hospitalizada (OE, 2015)¹⁵.

As crianças necessitam de se sentir amadas de forma consistente e incondicional. No entanto, mesmo em caso de hospitalização da criança é essencial garantir, tanto quanto possível, a definição de limites e o reforço das fronteiras para ajudar a criança nas suas relações com o mundo exterior (OE, 2015)¹⁵. Deve-se mostrar quais os comportamentos

¹² Aboutkidshealth (2012). *Coping with your child's illness as a parent*. Disponível em: <https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=1138&language=English>.

¹³ Orzalesi, M. & Lucia, A. (2011). Communication with parents in neonatal intensive care. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24 (1), 135-137. Doi: 10.3109/14767058.2011.607682.

¹⁴ Vasconcelos E.M (2006). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec.

¹⁵ Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização. Guia Orientador das Boas Práticas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf.

inaceitáveis em cada fase de desenvolvimento, com uma fixação de limites razoáveis, construídos num ambiente coerente ainda que afetivo, para que a criança aceite a realidade das fronteiras e as integre nas suas ações (OE, 2015)¹⁵. A continuação do papel parental mostra-se, desta forma, essencial mesmo em contexto de hospitalização por forma a facilitar o desenvolvimento da criança de forma a que esta possa cumprir o seu pleno potencial.

APÊNDICE

**APÊNDICE I. Folheto sobre os desafios à
parentalidade em contexto hospitalar**

Conselhos aos Pais:

- É importante estabelecer limites.
- É importante saber dizer que não!
- É importante manter regras e rotinas de casa.
- Mostre quais os comportamentos aceitáveis para a idade do seu filho.
- Tenha tempo para falar com o seu filho e brincar.
- Explique o que se está a passar de forma simples.
- Esteja presente e mostre que o apoia.
- Elogie e mime o seu filho.
- Brinque!!!
- Ajude a enfrentar a nova realidade.

É essencial que continue a ser mãe/pai!!



Cuidar do seu filho é essencial mesmo no Hospital para que o seu filho possa ser o melhor que consegue ser!

Para ir mais além!

As crianças precisam de se sentir amadas e de ser educadas



Daniela Nunes, aluna 9º curso de Mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediatria

Internamento de Pediatria



DESAFIOS À PARENTALIDADE NO HOSPITAL

Ser Mãe/Pai no Hospital

- O Hospital é ambiente estranho!
- É normal sentir culpa, medo, ansiedade, stress porque o seu filho está doente.
- É normal sentir-se cansado e impotente.

Os pais são os melhores para os filhos

- São os pais quem melhor conhece a criança.
- São os pais quem melhor conforta a criança.
- São os pais quem melhor sabe as rotinas da criança.
- Saiba o plano diário do seu filho e negoceie-o com a equipa de saúde.

Organizações/Grupos que o podem ajudar:

Acreditar - Associação de Pais e amigos de crianças com cancro: 21 722 11 50

Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM)
Lisboa - Linha de Apoio - 808 257 257, 21 810 61 91

Insituto de Apoio à Criança - 213 617 889

Fundação do Gil - 21 355 24 50, 21 355 24 59

Cuide de si:

- Fale com alguém; enfermeiros, amigos, família, psicólogo, grupos da comunidade, blogs.
- Partilhe as responsabilidades com outra pessoa. Não precisa de carregar o mundo sozinho/a!
- Relaxe, passeie, namore, faça pausas de vez em quando.

Só estanto bem pode cuidar do seu filho!!



**Apêndice VII – Jornal de Aprendizagem: Controle da dor
da criança em SUP**

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

- CONTROLO DA DOR DA CRIANÇA EM SUP -

Discente: Daniela Nunes, nº 8377

Docente orientador: Professora Doutora M^a Teresa Magão

Lisboa, 2018

1. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

A necessidade de realização do presente trabalho surge no âmbito do estágio no SUP de forma facilitar a reflexão sobre um episódio que ocorreu durante o estágio e que originou um processo reflexivo e que contribuiu para a aquisição de competências específicas e comum do enfermeiro especialista.

2. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A situação que passo a descrever decorreu na sala de tratamentos do serviço de urgência, no turno da tarde. A urgência pediátrica estava cheia, com a sala de espera cheia de crianças e famílias, em espera para o atendimento de enfermagem e para o atendimento médico. Foi chamada à triagem uma criança com 6 anos de idade, acompanhada pela mãe, chorosa, com sinais de ligeira desidratação e febre $>38^{\circ}\text{C}$, fácies de dor e sintomas de infeção urinária. Após ser examinada pelo médico houve a necessidade de proceder a colheita de sangue, colheita de urina e deixar acesso venoso periférico para a administração de antibioterapia caso viesse a ser necessário, e assim evitar nova punção.

Aquando da entrada na sala de tratamentos, acompanhada pela mãe, a criança estava muito chorosa e com medo do procedimento que ia ser realizado. Foi explicado o procedimento à mãe e à criança, o porquê de ter que ser realizado, foi pedido à mãe que deitasse a criança na marquesa e a tentasse imobilizar, com o auxílio das assistentes operacionais. Eu estava a observar o procedimento e sugeri que se ligasse a televisão ou que fosse utilizado outro método de distração para acalmar a criança, que nesta altura pontapeava e chorava. O meu pedido não foi acedido. Assim, foi necessário imobilizar a criança para a colheita de sangue, mas, devido à agitação em que se encontrava, não foi possível deixar um acesso venoso periférico. Após cerca de 30 minutos, os resultados das análises mostravam parâmetros de infeção, pelo que a criança teve que ser novamente puncionada para receber antibioterapia endovenosa. Esta situação fez-me refletir sobre qual teria sido uma melhor abordagem para esta situação de forma a minimizar a dor da criança e a evitar o repuncionamento. Que medidas poderiam ter sido utilizadas? E de que forma?

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA SITUAÇÃO

Perante esta situação, lembro-me de ter experimentado sentimentos ambivalentes. Frustração por as minhas sugestões não terem sido acedidas, uma vez que já tinha experienciado resultados positivos com esses métodos em campos de estágio anteriores. Frustração por haver disponível na sala de tratamentos métodos que poderiam ter sido utilizados – televisão, brinquedos, EMLA, Levopan -, que teriam diminuído a dor e o medo da criança e da mãe. Empatia pela criança que chorava e pontapeava tudo e todos e que acabou por ter que ser novamente puncionada para administração de medicação endovenosa. Desilusão por estar perante a situação e não poder fazer nada a não ser sugerir métodos de controlo da dor e de distração. Realizando um balanço sobre a experiência que vivenciei, importa referir a oportunidade de reflexão proporcionada sobre quais os métodos de controlo de dor e sobre a importância dos cuidados atraumáticos.

A **dor** é um fenómeno multidimensional e complexo. A Direcção Geral de Saúde (DGS), em 2003, refere que “a dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (...)” e que “(...) o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” (DGS, 2003, p.1)¹. Desta forma, os cuidados atraumáticos são essenciais quando a criança tem necessidade de cuidados de saúde pelo que é fundamental perceber o papel do enfermeiro em situações como esta (Nilsson, Enskär, Hallqvist & Kokinsky, 2012)². Os jogos funcionam como uma distração, podendo não só causar uma diminuição na dor, como também reduzir o stress da criança pelo que envolver a criança em brincadeiras, em jogos, ouvir música, ver desenhos animados, ou contar histórias são algumas das atividades que o enfermeiro pode utilizar de forma a aliviar a dor na criança (Nilsson, Enskär, Hallqvist & Kokinsky, 2012)². Atualmente, brincar é um instrumento fundamental para os enfermeiros especialistas em SIP uma vez que lhes permitem aproximarem-se das crianças de forma a promover o seu bem estar e o da sua família (Tai, 2008)³. Minimizar a dor e a ansiedade resultante de procedimentos dolorosos e da ida à urgência, influencia medos futuros relativamente aos cuidados de saúde, pelo que a

¹ Direcção Geral de Saúde. (2003) Circular Normativa n.º 09/ DGCG: *A Dor como 5º Sinal Vital -Registo sistemático da intensidade da Dor*. DGS, Lisboa.

² Nilsson, S., Enskär, K., Hallqvist, C. & Kokinsky, E. (2012). Active and Passive Distraction in Children Undergoing Wound Dressings. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 158-166. **Doi:** [10.1016/j.pedn.2012.06.003](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.06.003).

³ Jun-Tai, N. (2008). Play in hospital. *Pediatrics and children health*, 18(5), 233-237. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.paed.2008.02.002>

distração é uma técnica que desvia a atenção da criança, tornando as experiências menos traumáticas (Nilsson, Enskär, Hallqvist & Kokinsky, 2012)².

Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida (2016)⁴, referem que uma das experiências hospitalares mais traumáticas para as crianças é a hospitalização de urgência, nomeadamente entre os 6 aos 12 anos, pelo medo da própria morte e a perceção de estar abandonado a si. Desta forma, no serviço de urgência, os enfermeiros confrontam-se frequentemente com a experiência de medo das crianças, e devem procurar desenvolver estratégias que transformem a situação de doença e hospitalização numa experiência positiva (Fernandes, 2012)⁵. Nesta situação descrita, deveria ter-se tido mais sensibilidade ao medo da criança e, através da brincadeira e da distração, poder-se-ia ter tornado esta experiência menos traumática e dolorosa para a criança. Quando a experiência no serviço de urgência é positiva para a criança, esta poderá sentir-se mais capaz por ter sabido lidar com uma situação que lhe causava medo e ansiedade, uma vez que promove a sua autoestima e a aprendizagem de estratégias de coping (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida (2016)⁴.

Pela dor e medo que causa, a punção venosa deve ser um procedimento que promove a reflexão junto dos enfermeiros. Nesta situação que poderia ter sido realizado diferente? A utilização de anestésicos tópicos locais tem sido largamente estudada, através da sua forma em gel/creme ou adesivo, entre outras, sendo que está demonstrado que reduz a dor associada a punção venosa em todas as idades (Zempsky, 2008⁶; Batalha & Correia, 2018⁷). Apesar de existirem variadas formulações de aplicação tópica, nesta reflexão irei cingir-me ao uso de EMLA, o analgésico tópico disponível no SUP em questão. O creme EMLA é uma mistura de lidocaína 2.5% e prilocaína 2.5%, sendo uns primeiros anestésicos locais a ser utilizado (INFARMED, 2016)⁸. O seu modo de funcionamento demora 60 a 90 minutos a produzir efeito e necessita da aplicação de um penso oclusivo após a aplicação do creme (INFARMED, 2016)⁸.

⁴ Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47

⁵ Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na Urgência Pediátrica*. Acedido em 18-10-2018. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos/Enfermeiros/O atendimento à criança na Urgência Pediátrica, Dino Fernandes Enfermeiro EEESIP.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos/Enfermeiros/O%20atendimento%20a%20crianca%20na%20Urgencia%20Pediatica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EEESIP.pdf).

⁶ Zempsky, W. (2008). Pharmacologic approaches for reducing venous access pain in children. *Pediatrics*, 122 (Suppl 3), 140–153. **Doi:** 10.1542/peds.2008-1055g.

⁷ Batalha, L. & Correia, M. (2018). Prevenção da dor na punção venosa em crianças: estudo comparativo entre anestésicos tópicos. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (18), 93-102. **Doi.** <https://doi.org/10.12707/RIV18021>.

⁸ INFARMED (2016). *Folheto informativo: Emla 25 mg/g + 25 mg/g creme lidocaína + prilocaína*. Disponível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2966&tipo_doc=fi.

Estudos como os de Dalvandi et al. (2017)⁹ e de Shahid, Florez & Mbuagbaw (2019)¹⁰, revelam benefícios mínimos na utilização do EMLA em relação à redução da dor na punção venosa quando comparado com placebo. No entanto, o estudo realizado por Uman et al (2013)¹¹ junto de crianças entre os 4 e os 12 anos de idade, concluiu que a combinação da utilização de EMLA, uma preparação adequada para o procedimento, a presença parental e a distração reduziram a dor durante procedimentos dolorosos. O estudo de Batalha e Correia (2018)⁷ demonstra que o creme EMLA provou ser o anestésico local mais eficaz, indo de encontro aos estudos de Bond et al (2016)¹², Rogers & Ostrow (2004)¹³.

Apesar de o uso de EMLA ser controverso, poderia ter sido utilizado como uma estratégia promotora da redução da dor durante o procedimento. Também a presença dos pais e utilização de distração poderiam ter reduzido a ansiedade e promovido o papel parental positivo para aquela mãe, através do recurso à televisão ou bonecos de brincar, que estavam disponíveis no Carro da Dor, existente na sala de tratamentos. Este carro estava equipado com diversos brinquedos, autocolantes, EMLA, livros, entre outros, e tinha como objetivo ser utilizado aquando da realização de procedimentos dolorosos.

A combinação do uso de EMLA e protóxido de azoto 50% (Levopan) mostrou-se eficaz na redução do tempo despendido na colocação de um acesso venoso periférico, bem como na eficácia da colocação do mesmo (Ekblom, Kalman, Jakobsson & Marcus, 2011)¹⁴. Os estudos de Tobias (2013)¹⁵ e Pedersen, Bayat, Steen & Jakobsson (2013)¹⁶ vêm corroborar o estudo anterior no que diz respeito à redução da dor durante o procedimento da punção venosa periférica e a uma maior eficácia na sua realização. De

⁹ Dalvandi, A., Ranjbar, H., Hatamizadeh, M., Rahgoi, A. & Bernstein, C. (2017). Comparing the effectiveness of vapocoolant spray and lidocaine/procaine cream in reducing pain of intravenous cannulation: A randomized clinical trial. *The American Journal of Emergency Medicine*, 35(8), 1064–1068. doi:10.1016/j.ajem.2017.02.039.

¹⁰ Shahid, S., Florez, I. & Mbuagbaw, L. (2019). Efficacy and Safety of EMLA Cream for Pain Control Due to Venipuncture in Infants: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 143(1). Doi: 10.1542/peds.2018-1173.

¹¹ Uman, L., Birnie, K., Noel, M., Parker, J., Chambers, C., McGrath, P. & Kisely, S. (2013) Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10). Doi: 10.1002/14651858.CD005179.pub3.

¹² Bond, M., Crathorne, L., Peters, J., Coelho, H., Haasova, M., Cooper, C., Milner, Q., Shawyer, V., Hyde, C. & Powell, R. (2016). First do no harm: Pain relief for the peripheral venous cannulation of adults, a systematic review and network meta-analysis. *BMC Anesthesiology*, 16(1), 81. Doi:10.1186/s12871-016-0252-8.

¹³ Rogers, T. & Ostrow, C. (2004). The use of EMLA cream to decrease venipuncture pain in children. *Journal of Pediatric Nursing*, 19 (1), 33-39. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2003.09.005>

¹⁴ Ekblom, K., Kalman, S., Jakobsson, J. & Marcus, C. (2011). Efficient intravenous access without distress: a double-blind randomized study of midazolam and nitrous oxide in children and adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(9), 785–91. Doi: 10.1001/archpediatrics.2011.56.

¹⁵ Tobias, J. (2013). Applications of nitrous oxide for procedural sedation in the pediatric population. *Pediatric Emergency Care*, 29(2), 245–65. Doi: 10.1097/PEC.0b013e318280d824.

¹⁶ Pedersen, R., Bayat, A., Steen, N. & Jakobsson, M. (2013). Nitrous oxide provides safe and effective analgesia for minor paediatric procedures - a systematic review. *Danish Medical Journal*, 60(6), A4627. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23743110>.

facto, o uso de protóxido de azoto 20-75% isoladamente, tem-se mostrado eficaz na redução da dor e da ansiedade na punção venosa periférica (Tobias, 2013)¹⁵.

No SUP estavam disponíveis todos os métodos analisados para facilitar a realização da punção venosa periférica e diminuir a dor da criança, mas não foram, apesar de tudo, utilizados. Quer por não haver tempo de esperar os 60 minutos para que o EMLA fizesse efeito, quer por não ter sido utilizado o levopan por se ir realizar um procedimento rápido. No entanto, se a criança tivesse sido imediatamente incluída numa brincadeira à entrada da sala de tratamentos teria reduzido o seu medo e esta teria entrado na sala de tratamentos mais contente.

4. CONCLUSÃO

São diversas as intervenções não farmacológicas para o controlo da dor durante um procedimento invasivo, e a sua escolha depende de diversas condicionantes. Cabe ao EEESIP uma formação contínua sobre os recursos e estratégias a que recorrer de modo a efetuar um tratamento diferenciado da dor, como preconizado no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2017)¹⁷. O EEESIP deve estar primeiramente atento às necessidades da criança, que não devem ser apenas de cura, mas ter em consideração os seus medos e ansiedades, de forma a facilitar a sua vinda ao hospital. Brincar e a distração são métodos simples, sem custos, e de primeira linha para ganhar a confiança das crianças e facilitar uma situação complicada. Em situação de urgência, os métodos de controlo da dor, devem ser adequados à emergência da situação em si, sem nunca descurar o controlo da dor pelo impacto negativo que causa nas crianças e familiares.

¹⁷ Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>.

**Apêndice VIII – Sessão de formação: Especificidades do cuidado de ex-
prematuros em contexto de urgência pediátrica**

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

SESSÃO DE FORMAÇÃO

**ESPECIFICIDADES DO CUIDADO DE EX-PREMATUROS EM
CONTEXTO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Discente: Daniela Nunes, nº 8377

Docente orientador: Professora Doutora M^a Teresa Magão

Lisboa, Novembro de 2018

1. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

A necessidade de realização desta sessão de formação para a sensibilização dos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica (SUP) para as especificidades do cuidado a recém-nascidos ex-prematuros em contexto de urgência pediátrica, emergiu da constatação de uma equipa jovem que teve ainda pouco contacto com a realidade da neonatologia e com as ansiedades aumentadas destes pais quando recorrem ao serviço de urgência.

O diagnóstico da pertinência desta temática para o SUP conheceu duas etapas. Inicialmente auscultei a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe de serviço, de forma a validar a pertinência deste tema. Por forma a envolver e motivar os destinatários desta sessão de formação procurei que esta surgisse num sentido de atualização em contexto de trabalho (Dias, 2004)¹. Deste modo, após autorização da chefia do serviço, elaborei um questionário simples que entreguei aos enfermeiros do SUP, de modo a realizar um diagnóstico das necessidades formativas nesta área de conhecimento e a validar a sua pertinência.

Os resultados obtidos nos questionários vieram confirmar a pertinência da sessão, ao revelar que dos quinze enfermeiros que responderam ao questionário, nenhum tinha experiência em neonatologia e apenas 2 (13%) tiveram algum tipo de formação em neonatologia. De facto, os questionários analisados confirmam que este grupo de enfermeiros tem necessidade de ser esclarecidos em áreas tais como aprender a lidar com ansiedade parental, cuidados a ter com ex-prematuros, quais as etapas de desenvolvimento esperados em ex-prematuros, como lidar com cólicas e com as complicações resultantes da prematuridade.

Neste sentido, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para as especificidades do cuidado a recém-nascidos ex-prematuros que recorrem ao serviço de urgência.

¹ Dias, J. (2004). *Formadores que desempenho?*. Loures: Lusodidacta.

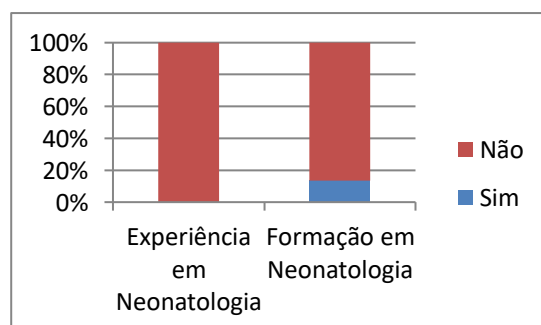
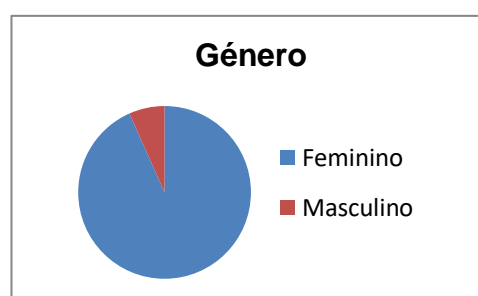
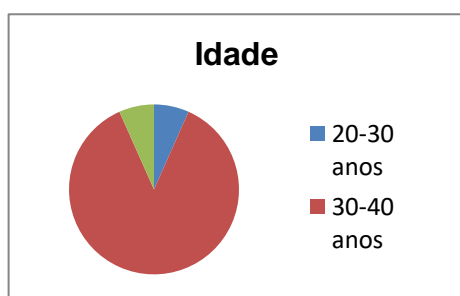
Objetivos Específicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a transição para a parentalidade numa situação de parto prematuro;
- Apresentar os principais motivos de admissão à urgência de ex-prematuros;
- Promover a reflexão sobre a prática de cuidados na urgência pediátrica a estes clientes através da partilha de experiências. Propor e discutir sugestões para a melhoria da prática de cuidados a estes clientes.

2. PLANEAMENTO

Inicialmente foi distribuído um questionário à equipa de enfermagem do SUP que permitisse identificar as necessidades formativas específicas que tinham ao cuidar de ex-prematuros que recorrem ao serviço de urgência, de onde surgiram os temas a abordar. O questionário incluiu uma pequena caracterização dos destinatários da formação e dos anos de experiência profissional e contacto com recém-nascidos prematuros, de forma a poder adaptar os conteúdos da sessão ao grupo profissional.

Resultados extraídos do questionário:



Relativamente às situações que mais frequentemente trazem ex-prematuros ao SUP, foram identificados, nos questionários, as cólicas, a ansiedade dos pais, dificuldade respiratória, dificuldades na amamentação e complicações resultantes da prematuridade. Neste sentido, a equipa de enfermagem, mencionou a necessidade de formação relativamente a ensinamentos sobre a adaptação de ex-prematuros ao domicílio, como desmistificar medos e ansiedades dos pais, promoção do papel parental e as alterações de desenvolvimento que apresentam quando comparados com bebés nascidos de termo.

O **planeamento da sessão de formação** (apêndice 1) foi feito de acordo com as normas do Hospital e apresentada ao centro de formação para posterior aprovação e formalização. A divulgação da sessão foi realizada informalmente através da afixação de um aviso de formação na sala de enfermagem, procedimento habitual no SUP.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, e selecionado artigos de evidência científica preferencialmente dos últimos 10 anos sobre o tema, de forma a compilar informação científica e atual que sustentasse a apresentação. Após leitura e análise desse material, elaborou-se a apresentação em **PowerPoint** (apêndice 2). O conteúdo da apresentação em *PowerPoint*, bem como a bibliografia consultada foram disponibilizados numa pasta partilhada pelos elementos do serviço de urgência pediátrica de forma a poderem ser consultados sempre que sintam essa necessidade.

Os principais destinatários da sessão foram os elementos da equipa de enfermagem do serviço de urgência pediátrica.

3. EXECUÇÃO

A sessão decorreu na sala de pessoal do SUP, a 8 de Novembro de 2018, com uma duração de cerca de 1 hora. Os métodos pedagógicos utilizados foram o expositivo e o interativo (discussão/reflexão).

Apresenta-se abaixo o plano da sessão de formação, estando a apresentação em *PowerPoint* em apêndice (apêndice 2) que serviu de suporte à realização desta atividade.

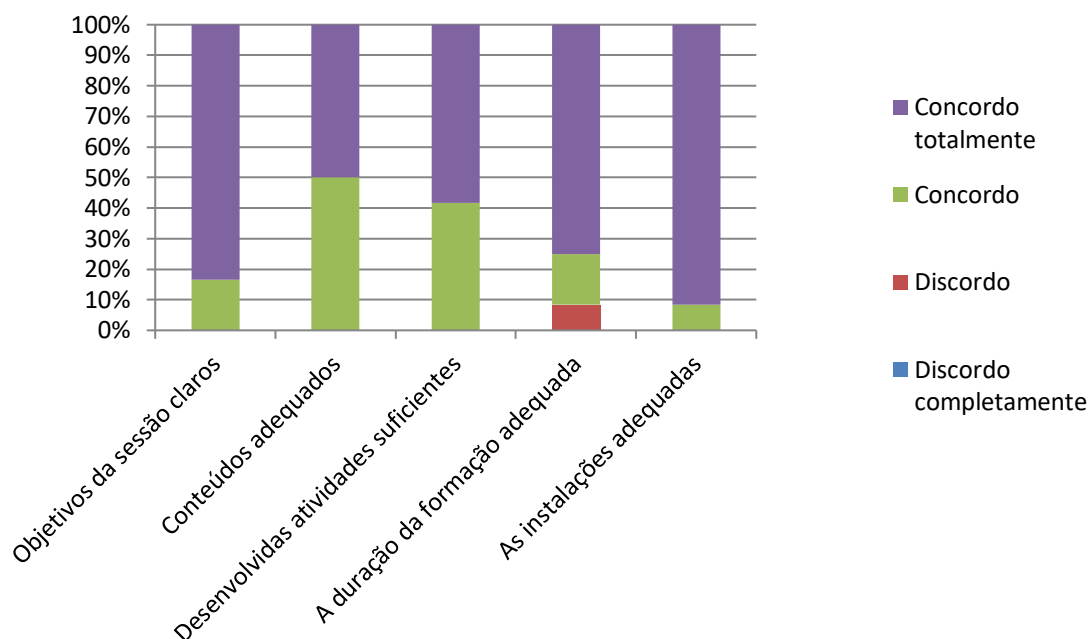
Conteúdos	Métodos pedagógicos	Recursos materiais	Tempo
Introdução Apresentação do tema da sessão	Expositivo	Projektor	5 mins
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> ▪ O impacto de um nascimento prematuro e internamento em neonatologia para a família do recém-nascido; ▪ Transição para a parentalidade num parto prematuro; ▪ Motivos principais de admissão à urgência pediátrica de ex-prematuros; ▪ Competências e intervenções de enfermagem no cuidado a famílias de recém-nascidos que nasceram prematuramente. 	Expositivo Interativo	Projektor	40 mins
Conclusão <ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese das principais ideias da sessão de formação ▪ Discussão ▪ Avaliação da sessão 	Interrogativo Interativo	Projektor Questionário de avaliação da formação	15 mins

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

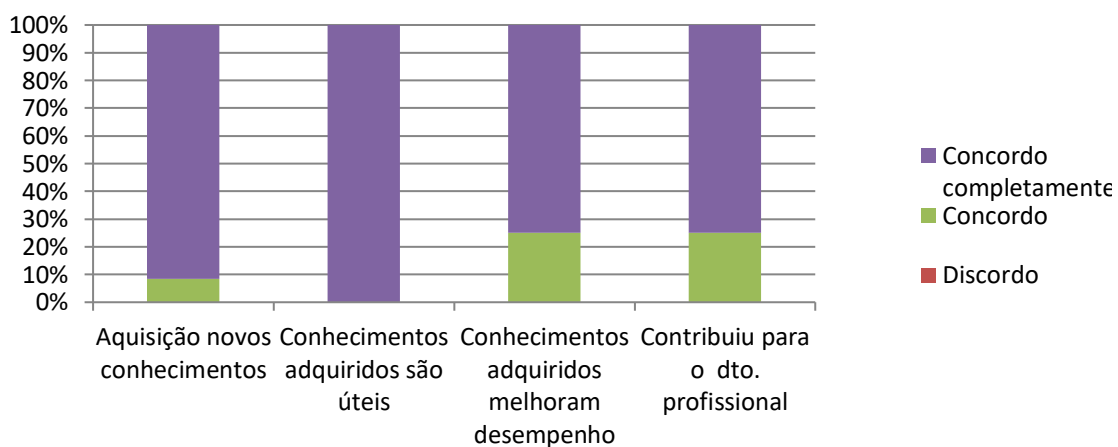
Para a avaliação da sessão foram elaborados questionários com avaliação de 1 a 4 (de discordo totalmente a concordo totalmente), que foram apresentados aos participantes no final da sessão. A sessão respeitou a estrutura planeada, os recursos utilizados revelaram-se adequados, assim como a duração da sessão. Uma vez que a sessão de formação foi realizada após a passagem de turno estiveram presentes cerca de 12 enfermeiros, tendo ficado o conteúdo da sessão disponível para consulta no serviço, numa pasta partilhada, acessível a todos.

Resultados da Avaliação da Sessão de Formação

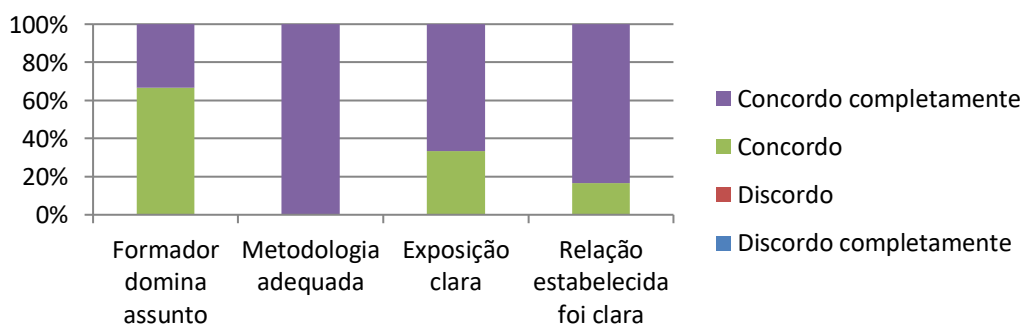
Avaliação global



Avaliação do impacto da sessão



Avaliação do formador



Foram enumerados **aspetos positivos** pela equipa após a realização desta sessão de formação, nomeadamente, a sua pertinência da formação para o SUP por permitir a aquisição de conhecimento atualizado e sobre o qual tinham tido pouca formação, bem como a criação de um espaço para discussão sobre o tema. Também o facto de a informação apresentada e artigos de consulta estar disponível na pasta partilhada, mostrou-me benéfico para que a restante equipa possa consultar ou rever caso sintam essa necessidade. Como **sugestão de melhoria** foi salientada a necessidade de formação contínua e regular no serviço, que aborde temáticas sobre as quais os enfermeiros que dele fazem parte não se sentem tão à vontade.

No geral, os objetivos da sessão de formação foram amplamente atingidos, tendo estabelecido um ambiente propício à discussão e à partilha de experiências e dúvidas que, tendo em consideração a avaliação apresentada, foram esclarecidas de forma eficaz.

Os enfermeiros que participaram nesta sessão, quando questionados relativamente à pertinência, ao conteúdo, à utilidade e ao impacto da formação No seu desenvolvimento profissional, na generalidade concordaram completamente com os itens apresentados para a avaliar. Considero, assim, que o objetivo desta sessão foi amplamente atingido

5. CONTRIBUIÇÃO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EEEESIP

O planeamento e a realização desta sessão de formação possibilitaram o desenvolvimento das minhas competências no **domínio da melhoria contínua da qualidade**, ao ter tido um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas estratégicas com vista à melhoria da qualidade, e ao desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, tais como a formação em serviço (Regulamento n.º 140/2019, 2019)².

Permitiu, ainda, o desenvolvimento dos meus conhecimentos na avaliação das necessidades de formação e no desenvolvimento de sessões de formação eficazes para responder a essas necessidades. Pude igualmente partilhar os conhecimentos que já detinha sobre a temática da parentalidade, e alargar os conhecimentos relativamente às especificidades dos cuidados em situações de urgência, ao mesmo tempo que refleti sobre

² Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República II Série*, N.º 26 (06-02-2019), 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?!=1>.

qual o papel dos pais nesse serviço e como podemos facilitar a transição para a parentalidade numa situação de stress como é a ida ao SUP.

A preparação de uma sessão de formação em serviço só faz sentido se for pertinente e adequada às necessidades dos enfermeiros. Desta forma, é essencial realizar um diagnóstico correto das necessidades formativas através de questionários simples e informais, proceder à análise dos dados recolhidos e preparar uma sessão de formação simples, prática e dirigida ao tema a abordar. Ao captar a atenção de todos e ao envolver a equipa, mais facilmente se consegue a colaboração e o interesse de todos em aprender e refletir sobre o tema em discussão. Assim, a formação em serviço, permitiu-me desenvolver **competências ao nível do planeamento e de comunicação** com uma equipa que não conhecia muito bem, numa área ligeiramente diferente da minha.

APÊNDICES

APÊNDICE I. Planejamento da sessão de formação

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Serviço	Serviço de Urgência Pediátrica		
Designação da Ação de Formação	Especificidades do cuidado a ex-prematuros no serviço de urgência pediátrica		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar a equipa de enfermagem para as especificidades do cuidado a recém-nascidos ex-prematuros que recorrem ao serviço de urgência; ▪ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a transição para a parentalidade numa situação de parto prematuro; ▪ Apresentar os principais motivos de admissão à urgência de ex-prematuros; ▪ Promover a reflexão sobre a prática de cuidados na urgência pediátrica a estes clientes através da partilha de experiências. 		
Conteúdo Programático	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O impacto de um nascimento prematuro e internamento em neonatologia para a família do recém-nascido; ▪ Transição para a parentalidade num parto prematuro; ▪ Motivos principais de admissão à urgência pediátrica de ex-prematuros; ▪ Competências e intervenções de enfermagem no cuidado a famílias de recém-nascidos que nasceram prematuramente. 		
Destinatários (grupo profissional)	Equipa de enfermagem do serviço de Urgência Pediátrica		
Equipa Pedagógica	Daniela Nunes (estudante do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica) xxxxxxxxx (Enfª especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica)		
Coordenação	xxxxxxxxxxxxx		
Métodos/Meios Pedagógicos	Expositivo, interrogativo, demonstrativo e ativo		
Avaliação	Questionário de avaliação		
Datas	8 de Novembro de 2018		
Horário	15h30	Nº Horas	1 hora
Local	Serviço de Urgência Pediátrica		

APÊNDICE II. Apresentação em *PowerPoint*

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ESPECIFICIDADES DO CUIDADO DE EX-PREMATUROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Equipa Pedagógica:

- Daniela Nunes (estudante do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica)
- XXXXXXXX (Enfª especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica)

8 Novembro de 2018



IMPACTO DE UM NASCIMENTO PREMATURO

- A transição para a condição de pai/mãe é dificultada com o nascimento de um filho prematuro (Vieira, Martins, Macedo, & Guerra, 2008; Meleis, 2010).
- O nascimento prematuro é habitualmente inesperado e gerador de ansiedade.
- As mães de prematuros referem mais **ansiedade, depressão (40%) e stress**, comparativamente a mães de RN de termo (Vigod, Villegas, Dennis & Ross, 2010).
- Sintomas de **stress pós-traumático** são comuns em cerca de 23% de mães à data do regresso a casa, valor que aumenta para 40% cerca de 14 meses após o parto (Pierrehumbert et al., 2003).



FACTORES INIBIDORES DE SER MÃE/PAI DE UM PREMATURO

Características pessoais

- Situação de stress e ansiedade (Loureiro, 2000)
- Separação (Oliveira, 2001)
- Perda de autonomia e confiança
- Depressão e luto
- Medo, Culpa, Ansiedade, Solidão, Cansaço ou Tristeza (Gonçalves et al., 1999; Talmi & Harmon, 2003)
- Perda (Talmi & Harmon, 2003)

Características do recém-nascido

- Aparência frágil e imatura (Barros, 2001a)
- Pouca interação e resposta pelo RN

Características do ambiente

- Desconhecido (Cleveland, 2008)
- Ambiente potencialmente ameaçador (Cleveland, 2008)
- Internamento prolongado



Maior necessidade de ensino, de suporte na comunidade e de suporte por profissionais

AMBIENTE DE UMA NICU



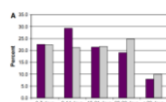
Transição para casa é para os pais um período crítico uma vez que passam a tomar a responsabilidade total pelo cuidado do RN.



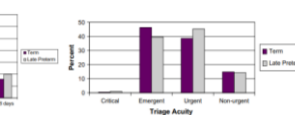
Os pais podem desenvolver estilos parentais inadequados, tais como uma proteção em demasia (Adama, Bayes & Sundin, 2017).

MOTIVOS DE VINDA DE EX-PREMATUROS AO SUP

- Aumento de RN com alta para casa cada vez mais cedo e com baixo peso (2000grs) desde que tenham autonomia alimentar → **aumenta risco de infeção e vinda ao SUP**
- Ex-prematuros têm mais risco de readmissão nos primeiros 2 anos de vida comparativamente a RN de termo;
 - **1º ano de vida:** 15% a 23%;
 - **RNEBP:** readmissão em cerca de 50% dos casos



Apresentação ao SUP, organizado por idade gestacional (termo e pré-termo)



Apresentação ao SUP, organizado por gravidade identificada na triagem, por idade gestacional (termo e pré-termo)

(Jain & Cheng, 2006; Batu, Yeni & Teksam, 2015)

MOTIVOS DE VINDA DE EX-PREMATUROS AO SUP

CAUSAS:

- doença não aparente (choro excessivo)
- icterícia neonatal
- cólicas
- obstrução nasal
- doenças pulmonares (bronquiolites, infecções respiratórias baixas);
- doenças cirúrgicas
- infecção
- atrasos de crescimento
- dificuldades alimentares (amamentação, refluxo, PEG)



(Calado et al., 2009; Boykova, 2012; Kuo et al., 2017; Doctor et al., 2017)

Especificidades no cuidado a ex-prematuros

COMO LIDAR COM A ANSIEDADE DE PAIS DE EX-PREMATUROS NO SUP

- Reconhecer os pais como parceiros na negociação dos cuidados;
- Reconhecer os pais como parceiros na prestação de cuidados;
- Reconhecer que os pais conhecem diversos termos médicos;
- Reconhecer que a transição para a parentalidade foi alterada pelo parto prematuro e pela separação do RN;
- Reconhecer que os pais lidam diariamente com a situação crónica do RN;
- Reconhecer os medos dos pais resultantes da vulnerabilidade aumentada dos RN ex-prematuros;
- Pais podem estar exaustos, deprimidos → promover a procura de ajuda na comunidade e familiares para que possam fazer pausas;
- Reforçar que um RN ex-prematuro é um bebé igual aos outros;
- Promover que o RN possa esperar num local resguardado da sala de espera, pelo risco aumentado de infeção.

(Davis et al. (2003); Franck et al. (2005); Hall (2005); Doyle (2011); Jiang et al. (2014); Heydarpour, Keshavarz & Bakhtiari (2016))

CÁLCULO DA IDADE CORRIGIDA (IC)

A **Idade Real** ou **Idade Cronológica** é o tempo de vida desde o nascimento.

A **Idade Corrigida**, é a idade que o RN deveria ter, caso tivesse nascido com 40 semanas (total da gestação), e é calculada a partir da altura em que era esperado que o RN nascesse.

$$IC = \text{Idade cronológica} - (40 - \text{semanas com que nasceu})$$

Se hoje fosse dia 1 de Dezembro e um bebé tivesse nascido a 1 de Março e devesse nascer a 1 de Junho, hoje teria 9 meses de Idade Real e 6 meses de Idade Corrigida.

Para efeitos de avaliação de desenvolvimento, habitualmente corrige-se a idade do bebé até aos 2-3 anos.

(Prematuridade, 2018)

PREVENÇÃO DE INFEÇÕES DE EX-PREMATUROS

Os RN que nasceram prematuros têm maior risco de contrair infeções

A criança já não é prematura, mas continua muito susceptível pelo internamento prolongado que teve, eventual necessidade de suporte ventilatório/oxigenioterapia e, subitamente, vai entrar em contacto com um meio que lhe é estranho.

RECOMENDAÇÕES:

- Se tiver visitas ou vierem acompanhados por irmãos mais velhos recomendar lavar as mãos antes de abraçar e beijar o irmão;
- Pessoas constipadas não devem tratar da criança e, se possível, devem manter-se afastadas;
- Se forem os pais a ficar constipados devem colocar uma máscara no nariz e boca e lavar cuidadosamente as mãos antes de tratar do RN;
- Deve-se restringir a presença em locais de grande concentração de pessoas;
- Reforçar a restrição do número de visitas em casa ou de andar ao colo apesar da curiosidade dos familiares após o regresso a casa;
- Não permitir que as visitas ou terceiros beijem a face e mãos do RN.

(Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2018)

SÍNDROMA DA MORTE SÚBITA DO LACTENTE (SMSL)

□ É a primeira causa de mortalidade no 1º ano de vida.



RECOMENDAÇÕES:

- RN deve dormir sempre deitado de costas;
- Não devem ser utilizados sistemas de contenção como rolôs ou faixas;
- Manter o RN na posição vertical 15 mins após ter mamado, principalmente se bolsador;
- A roupa da cama não deve cobrir a cabeça do RN. Não usar almofada, fralda, gorros, babetes ou outras peças que possam tapar a cabeça;
- A cabeça deve estar sempre descoberta - a roupa não deve ultrapassar os ombros e os cobertores não devem ser pesados;
- O risco de SMSL pode estar associado ao excessivo aquecimento - adequar a temperatura do quarto, a roupa do RN e a roupa da cama à estação do ano e ao lugar que habita. A temperatura ideal deverá estar entre 18-21°C;
- Dormir na cama com o RN aumenta o risco de SMSL e o risco de asfíxia;
- Quando está acordado colocar o RN de barriga para baixo para brincar - fortalece os músculos do pescoço e das costas.

(Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2018)

MASSAGEM ABDOMINAL – CÓLICAS



1. PÁS DE MOINHO: Deslizar com as palmas das mãos, uma segurada da outra, da parte superior do abdómen para a inferior e da sua esquerda para a direita. Repetir este exercício 3 vezes.



2. PERNAS DOBRADAS: Segurar as pernas do bebé pelos tornozelos e com os joelhos juntos pressionar suavemente contra a barriga. Manter esta posição aproximadamente 5 segundos. Repetir várias vezes.

3. Pedaladas: Segurar um dos tornozelos do bebé e dobrar o joelho sobre o abdómen. Depois endireitar essa perna e repetir o movimento com a outra perna. Alternar varias vezes lenta e ritmicamente o movimento.



4. Círculos no abdómen: Com a mão esquerda desenhar um círculo completo no sentido dos ponteiros do relógio sem levantar a mão. Com a mão direita desenhar um semicírculo (das 9h às 6h) mesma direcção. Repetir este movimento 6 vezes.

5. Repetir o movimento de pernas dobradas

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016)

ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DE EX-PREMATUROS

- Os problemas surgem frequentemente na entrada da escola
 - A família tem um papel fundamental, podendo potencializar o desenvolvimento cognitivo, ou pelo contrário, exercer um efeito devastador, como no caso de negligência e de maus-tratos.
- As alterações cognitivas surgem mais tardiamente e afectam a memória e/ou linguagem, o processamento de informações complexas, podendo estar associadas a perturbações de défice de atenção e ter implicações no rendimento escolar.

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016)

ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DE EX-PREMATUROS

- Permanece o risco de maior incidência de problemas visuais: menor acuidade visual, maior percentagem de astigmatismo, estrabismo e miopia;
- O crescimento rápido em relação ao peso e altura ocorre nos primeiros 2 a 3 anos de vida, colocando-os nos limites da normalidade no final desse período.
- Mas este processo pode prolongar-se ao longo da adolescência, principalmente nos RN de EBP.
 - ✓ Querem ser mais altos, e considerarem-se menos atractivos contribui para uma baixa auto-estima: têm menos amigos, mais dificuldade nas relações interpessoais, crises de ansiedade e depressão e falta de motivação podendo complicar a transição para a fase adulta.

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016)

FONTES ONDE RECOLHER MAIS INFORMAÇÃO

Nascer prematuro → www.nascerprematuro.org

SOS amamentação → www.sosamamentacao.org.pt

Diagnóstico Precoce → www.diagnosticoprecoce.org

Saúde 24 → www.saude24.pt

Direcção Geral de Saúde → www.dgs.pt/

Sociedade Portuguesa de Pediatria → www.spp.pt

Associação para a Promoção da Segurança Infantil → www.apsi.org.pt/

Associação Portuguesa de Diagnóstico Pré-Natal → www.apdpn.org.pt/

Doenças Raras → www.rarissimas.pt

Nascer antes (Brasil) → nasceraantes.com.br

www.comunity.com/premature → Informação sobre as consequências a longo prazo do nascimento prematuro.

Depressão pós-parto → www.depressionafterdelivery.com/

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adama, E., Bayes, S. & Sundin, D. (2017). Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from Neonatal Intensive Care Unit: A meta-synthesis of the literature. *Journal of Neonatal Nursing*, 22(1), 27-51. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184115001118>.
- Batu, E., Yeni, S. & Tekkam, O. (2015). The factors affecting neonatal presentations to the pediatric emergency department. *J Emerg Med*, 48(5), 542-547. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25648054>.
- Boykova, M. & Kenner, C. (2012). Transition From Hospital to Home for Parents of Preterm Infants. *J Perinat Neonatal Nurs*, 26(1), 81-87. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22293645>.
- Calado, C., Pereira, A., Santos, V., Castro, M. & Maio, J. (2009). What brings newborns to the emergency department?: a 1-year study. *Pediatr Emerg Care*, 25(4), 244-248. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19382329>.
- Cleveland, L. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(6), 666-91. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19012717>.
- Kuo, D., Lyle, R., Casey, P. & Stille, C. (2017). Care System Redesign for Preterm Children After Discharge From the NICU. *Pediatrics*, 139(4), e20162969. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28250024>.
- Davis, L., Edwards, L., Mohay, H. & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum Dev*, 73 (1-2), 61-70. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12932894>.
- Dayle, C. (2011). When delivery expectations change: the role nurses play in reducing parental stress. *Nursing for Women's Health*, 15 (6), 465-469. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22200686>.
- Fränck, L., Cox, S., Allen, A. & Winter, A. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (6), 608-615. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15737221>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hall, E. (2005). Danish parents' experiences when their new born or critically ill child is transferred to the PICU - A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 10 (2), 90- 97. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1362-1017.2005.00096.x>.
- Heydarpour, S., Keshavarz, Z. & Bakhtitari, M. (2016). Factors affecting adaptation to the role of motherhood in mothers of preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *Original Research: Empirical Research - Qualitative*, 73 (1), 138-148. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jan.13099>.
- Jain, S. & Cheng, J. (2006). Emergency Department Visits and Rehospitalizations in Late Preterm Infants. *Clin Perinatol*, 33(4), 935-945. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17148013>.
- Jiang, S., Warre, R., Qiu, X., O'Brien, K. & Lee, S. (2014). Parents as practitioners in preterm care. *Early Human Development*, 90, 781-785. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25246323>.
- Meleis, A. H. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M. & Ansermet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 88(5), 400-404. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1721611/>.
- Prematuridade (2018). Disponível em: <https://www.prematuridade.com/index.php/interna-post/idade-cronologica-x-corrige/6001>.

**Apêndice IX – Jornal de Aprendizagem: Sistema Nacional de
Intervenção Precoce na Infância**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

**- SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE
NA INFÂNCIA -**

Discente: Daniela Nunes, nº 8377

Docente orientador: Professora Doutora M^a Teresa Magão

Lisboa, Janeiro 2019

1. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

A necessidade de realização do jornal de aprendizagem surge no âmbito do estágio no **Centro de Saúde** de forma a dar a conhecer as experiências e conhecimentos adquiridos com o acompanhamento de uma fisioterapeuta durante 3 dias de forma a melhor compreender o papel e a função do SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na infância) e como se desenvolve no pós-alta de neonatologia ou em situações de doenças complexas. Assim, o jornal de aprendizagem apresenta-se como uma ferramenta fundamental para a tomada de consciência e explanação das aprendizagens desenvolvidas. Face ao exposto, apresenta-se seguidamente uma reflexão estruturada, tendo por base o modelo de Johns (1999)¹ a partir da descrição de algumas situações concretas de cuidados.

2. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A situação que passo a descrever decorreu na segunda semana de estágio no Centro de Saúde onde, após ter tido conhecimento da existência do SNIPI e ter recolhido informação sobre o mesmo junto dos técnicos que dele fazem parte na área de abrangência do Centro de Saúde e nos documentos legais que o definem, tive a oportunidade de acompanhar uma fisioterapeuta na comunidade e integrar a reunião mensal do SNIPI, que descreverei oportunamente.

O ponto de encontro com a fisioterapeuta para as diversas visitas domiciliárias foi no Centro de Saúde, onde se começou por validar as visitas programadas e para onde seguimos, transportadas de táxi. Neste sentido, foi possível, acompanhar as intervenções promotoras do desenvolvimento infantil no domicílio de um bebé de 9 meses, que nasceu às 26 semanas de idade gestacional, e que devido às variadas complicações de saúde que teve durante a fase neonatal, apresentava alterações de desenvolvimento motoras e da linguagem. No entanto, com as técnicas colocadas em prática pela fisioterapeuta, em parceria com a mãe, foi-me referido que já se tinham verificado progressos, nomeadamente a criança já conseguir arrastar-se no chão para ir buscar um brinquedo ou rebolar. A mãe foi sempre envolvida nas atividades realizadas e após demonstração e

¹ Johns, C. (1999). *Becoming a reflective practitioner*. In Johns, C. (Coords). *Becoming reflective practitioner*. p 1-44. Oxford: Blackwell Publishing Inc.

explicação foi-lhe sempre pedido que as executasse como seu bebé, com supervisão e validação por parte da terapeuta.

Em ambiente de brincadeira, a fisioterapeuta realizou vários exercícios de reabilitação. Sentou-se se no chão com a criança e a mãe da criança e, utilizando a brincadeira como estratégia, desenvolveu variados exercícios de reabilitação e de estimulação que facilmente se confundiam com um jogo. Mas não foi só a criança o alvo da intervenção da fisioterapeuta uma vez que esta também se interessou pela família, ouviu as suas preocupações e orientou consoante as necessidades manifestadas e identificadas.

Outra das crianças visitada tinha 5 anos e uma paralisia cerebral resultante de uma meningite aos 2 anos de idade. Deslocava-se em cadeira de rodas ou permanecia em pé, por curtos períodos, num apoio ajustado às suas pernas. Esta criança estava inserida numa creche subsidiada, e apesar de não verbalizar muitas palavras, brincava com as outras crianças e participava nas atividades desenvolvidas pelas educadoras. Aqui, foi possível observar o papel da fisioterapeuta na avaliação da cadeira de rodas e das perneiras que lhe permitiam estar de pé e, ao mesmo tempo, esclarecer as questões levantadas pelas educadoras.

Outra visita decorreu num infantário privado de forma a poder observar a aula de educação física de uma criança de 3 anos de idade que apresentava dismetria e, por isso, claudicação do membro direito. Aqui foi possível observar a importância da articulação entre a escola e, neste caso, a fisioterapeuta, ao sugerir e validar exercícios promotores de uma marcha normal para a criança.

Ao acompanhar a fisioterapeuta percebi facilmente a importância de um profissional capaz e qualificado acompanhar estas famílias no domicílio ou nas escolas/amas onde estão integradas de forma a promover um dia-a-dia dentro da normalidade e que seja promotor da maior autonomia da criança, tal como referiu a fisioterapeuta M. *“o que importa é que eles consigam fazer as suas coisas ainda que de formas diferentes das nossas... se funciona para eles é o mais importante”*.

No entanto, a dúvida surgiu-me: porque não é uma enfermeira especialista em SIP a acompanhar algumas das visitas domiciliárias e qual o papel da EEESIP no SNIPI, se é de facto uma mais valia? Como se procede realmente a referência para o SNIPI, quais os critérios, como se processam os pedidos e de que forma lhes é dada resposta?

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA SITUAÇÃO

O SNIPI foi aprovado em Diário da República pelo Decreto-Lei n.º 281/2009 a 6 de Outubro de 2009, no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009, de acordo com as metas definidas na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009)². Para o seu funcionamento é necessária a atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, em parceria com as famílias e a comunidade (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009)¹. O SNIPI tem como objetivo a Intervenção Precoce na Infância (IPI), que assenta no desenvolvimento de um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009)¹. Desta forma, através da cooperação das diversas valências, visa garantir intervenção precoce às crianças entre os 0 e os 6 anos de idade que apresentem alterações nas funções ou estruturas do corpo limitadoras da participação nas atividades típicas da sua idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009)¹.

Os princípios do cuidar pediátrico e dos cuidados centrados na família, estão subjacentes à criação desta estrutura da comunidade. Neste sentido, o SNIPI, através das equipas de intervenção local (ELI), multidisciplinares, funciona como uma extensão dos cuidados hospitalares, com a promoção do *empowerment* dos pais e da comunidade de forma a que estes contribuam para a melhoria da qualidade de vida das crianças, facilitando o desenvolvimento da criança para que esta adquira competências essenciais ao seu crescimento saudável. A visitação domiciliária que tive oportunidade de acompanhar demonstrou isso mesmo. Demonstrou que os pais se sentiam mais competentes a cuidar dos seus filhos e a brincar com eles de uma forma promotora da sua autonomia. Também as escolas e creches onde fomos beneficiaram da partilha de informação e da validação do que estavam a realizar com as crianças.

Os primeiros anos de vida são decisivos no desenvolvimento da criança, dependendo este da qualidade e quantidade de interações estabelecidas entre a criança-família-meio, o que realça a importância da intervenção precoce na infância (IPI) e o seu impacto no desenvolvimento das competências da criança e da família (Correia &

² Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009). Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 281/09, de 6 de Outubro. Ministério da Saúde. *Diário da República I Série*, N.º 193 (06-10-2009), 7298 - 7301. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>

Serrano, 1994)³. Segundo Miranda (2013, pp. 76)⁴ a IPI "é um atendimento especializado direcionado a bebês e crianças em risco ou atraso no desenvolvimento global e as suas famílias, atuando na prevenção de problemas no desenvolvimento global". É junto a estas famílias que a equipa multidisciplinar deve atuar.

O nascimento exige à criança adaptações a um meio estranho, para o qual ainda não está preparada, pelo que os pais ou cuidadores detêm um importante papel potenciador das aprendizagens da criança que contribuem para o desenvolvimento das suas capacidades e habilidades, de forma a que se tornem crianças autónomas e com a capacidade de se adaptarem a novas situações (Miranda, 2013)³. Desta forma, intervir o mais precocemente junto das famílias com crianças que apresentem alterações nas funções ou estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento é fundamental, justificando a existência do SNIPI e das ELIs.

Crianças que nascem prematuras e que têm internamentos prolongados e atribulados ou crianças e jovens que por alguma doença ou situação que decorreu na sua vida viram alterado ou comprometido o seu desenvolvimento motor ou intelectual beneficiam bastante da IPI, e do trabalho dos diversos profissionais de saúde que compõem o SNIPI (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas de fala, fisioterapeutas, professores de educação especial, entre outros), tal como pude comprovar ao acompanhar a equipa e na reunião que se realizou para discutir e partilhar os casos referenciados.

Tendo em consideração que a equipa é grande e multidisciplinar, torna-se essencial a criação de uma rede de apoio onde todos possam cooperar e mais facilmente articular cuidados e partilhar informação – o SNIPI. É importante que nos casos referenciados e que tenham critérios de elegibilidade para integrarem o SNIPI, que a intervenção ocorra o mais cedo possível, centrando-se não só na criança, mas também no contexto familiar ou outros contextos onde a criança esteja inserida.

Correia e Serrano (1994)³ destacam diversos estudos relativos aos benefícios dos programas de IPI desenvolvidos nos Estados Unidos da América, onde se verifica uma melhoria das competências parentais que se refletiram num melhor desenvolvimento da criança, melhores interações criança-pais e, uma melhoria da qualidade de vida das famílias.

Um dos princípios chave da IPI passa pelo desenvolvimento de práticas integradas e centradas na família, nos seus contextos naturais e baseadas nas suas rotinas. Os pais

³ Correia, L. & Serrano, A. (1999). Envolvimento Parental na Educação do Aluno com Necessidades Educativas Especiais. In Correia (Ed), *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares* (p. 143-157). Porto: Porto Editora.

⁴ Miranda, M. (2013). *Autonomia para a inclusão*. Coimbra: Lápis de Memória.

são reconhecidos como especialistas dos seus filhos, assumindo-se participantes ativos e parceiros de intervenção, atendendo às suas preocupações e prioridades. Terapêuticas promotoras da transição para a parentalidade e para a mestria no cuidar são, assim, a base da IPI. Com a capacitação dos pais e cuidadores consegue-se uma continuidade de cuidados a nível do desenvolvimento que não se conseguiria de outra forma uma vez que o terapeuta/enfermeiro consegue visitar as famílias apenas uma ou duas vezes por semana.

A IPI tem-se mostrado benéfica tal como descrito na literatura acima, o que é também manifestado pelos pais/cuidadores das crianças que dela beneficiam e tem resultados positivos na promoção da autonomia e qualidade de vida das famílias, como referido pelos diversos técnicos com quem tive oportunidade de falar. No entanto, o ponto difícil que consegui identificar ao falar com a equipa prende-se com a referenciação das crianças e com o facto de muitas vezes os profissionais de saúde, no meio hospitalar ou comunidade, não conhecerem os critérios de elegibilidade ou o local onde devem proceder à referenciação das crianças. Não sabem, muitas vezes, quem pode referenciar e quando o fazer.

A referenciação é feita através da Ficha de Referenciação do SNIPI e pode ser feita por qualquer profissional de saúde, da educação ou ação social e, inclusivamente pela família, disponível nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, ou no site da Direção Geral de Saúde, e endereçado para a Sede da ELI ou Centro de Saúde da área de residência (DGS, 2019)⁵.

Após a análise da ficha de referenciação pela ELI local, com base na avaliação da criança e da família e, tendo em consideração os critérios de elegibilidade definidos no artigo 3.º b), c) do Decreto-lei n.º 281/09 de 6 de Outubro¹, são definidos os casos para apoio em intervenção precoce. São elegíveis para apoio no âmbito do SNIPI, as crianças e respetivas famílias, que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos:

1. Alterações nas funções ou estruturas do corpo:
 - 1.1 Atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida;
 - 1.2 Atraso de desenvolvimento por condições específicas.

2. Risco grave de atraso de desenvolvimento:
 - 2.1 - Crianças expostas a fatores de risco biológico;
 - 2.2 - Crianças expostas a fatores de risco ambiental: fatores de risco parentais e fatores de risco contextuais (DGS, 2019)⁴.

⁵ Direção Geral da Saúde [DGS]. (2019). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Lisboa: *Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?pl=&id=5525&acess=0>.

São elegíveis para IPI pelas ELIs todas as crianças do 1.º grupo e as crianças do 2.º, que acumulem quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental. Caso não cumpram estes requisitos, as ELIs têm a responsabilidade de encaminhar as crianças/famílias para o apoio que necessitem e identificar as necessidades e recursos das comunidades disponíveis, dinamizando redes formais e informais de apoio social, sempre que se justifique assegurando a proteção da criança e da família (DGS, 2019)⁴.

Ao estar presente da reunião mensal da ELI percebi que todos os casos referenciados eram discutidos em equipa multidisciplinar, primeiramente apresentado o caso e de seguida identificadas as necessidades de intervenção junto da família e da criança. Após a identificação era programada um primeiro contacto com a família de forma a poder recolher mais dados e, assim, definir a elaboração do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP). Desta forma, as intervenções programadas eram sempre ajustadas a cada família e às suas necessidades.

A esta ELIs eram referenciadas um grande número de crianças que tinha dificuldade em dar uma resposta atempada ou regular uma vez que é constituída por poucos técnicos de cada área. De facto, tinha apenas 1 fisioterapeuta a tempo inteiro e uma em regime de part-time, 1 psicóloga, 1 terapeuta da fala, 2 educadoras de ensino especial, 2 assistentes sociais e 1 enfermeira especialista em SIP, que acumulava funções de direção de um Centro de Saúde e não realizava visitas domiciliárias.

De facto, depreendi que, nesta ELI, o EEESIP age como gestor de caso, indo de encontro ao Guia Orientador de Boas Práticas, advogando a favor das famílias e crianças, mobilizando e gerindo os recursos da comunidade para que estas recebam os cuidados dos diversos serviços de saúde, no domicílio ou integrados na comunidade (OE, 2011)⁶.

No entanto, a questão do porquê de esta enfermeira não atuar diretamente na comunidade persistiu, mas pude compreender que pela escassez de recursos humanos a equipa multidisciplinar nesta ELI tinha optado por que fossem os terapeutas a visitar as crianças no domicílio sendo que a EEESIP estava presente nas reuniões regulares com a equipa ao invés de ir regularmente ao domicílio acompanhar presencialmente as famílias. Esta EEESIP desempenhava, nesta ELI, funções maioritariamente de gestão de caso. No entanto, considerando toda a literatura consultada e os benefícios comprovados da IPI seria útil que as equipas pudessem dispor de mais elementos de forma a que se conseguisse dar uma resposta de mais proximidade na comunidade, tal como contempla o regulamento das competências específicas do EEESIP, onde se encontra descrito que

⁶ Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume II* (Vol. 2). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

este profissional trabalha em conjunto com a criança/família ou pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre, nomeadamente hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade ou domicílio, para promover o mais elevado estado de saúde possível (Regulamento n.º 422/2018, 2018)⁷.

Também o regulamento das competências específicas do EEESIP corrobora a informação acima descrita ao afirmar que este “Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde” e “Cuida da criança/jovem e família nas situações de maior complexidade” (Regulamento n.º 140/2019, 2019)⁸. No entanto, para maximizar a saúde da criança/jovem e sua família o EEESIP pode e deve intervir presencialmente e trabalhar em parceria com as famílias para haver mais proximidade e mais envolvimento nos cuidados. No entanto, tal como pude verificar, também pode gerir os cuidados em parceria, realizando uma avaliação regular dos mesmos e acompanhando-os ainda que à distância. Também isso faz parte das competências do EEESIP, tal como descrito no Regulamento de Competências específicas da Ordem dos Enfermeiros. A nível da comunidade a IPI funciona em parceria e que o EEESIP pode ter variadas funções, integrado na equipa multidisciplinar.

4. CONCLUSÃO

Apesar de não ter sido programada aquando da discussão do meu projeto de estágio com a enfermeira orientadora, esta oportunidade tornou-se num grande contributo para o desenvolvimento das minhas competências de enfermeira especialista em SIP por me permitir auscultar profissionais que trabalham em comunidade e ao ter tido a oportunidade de acompanhar as visitas domiciliárias realizadas pela fisioterapeuta: E1.1 – **Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem** e E2.5 – **Promove a adaptação da criança/jovem família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade** (Regulamento n.º 422/2018, 2018)⁶.

Com esta experiência pude contactar com crianças e famílias com necessidades de saúde complexas nos seus contextos familiares e escolares e, apesar de ter

⁷ Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, N.º 133 (12-07-2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.

⁸ Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República II Série*, N.º 26 (06-02-2019), 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>.

acompanhado uma fisioterapeuta e não uma enfermeira, consegui perceber o papel do enfermeiro especialista na articulação e continuação de cuidados. De facto, tendo apenas experiência profissional em meio hospitalar consegui visualizar de perto o impacto que o internamento e a prematuridade podem ter após a alta e da necessidade, por vezes, de cuidados especializados para que se consiga ter qualidade de vida. Fiquei sem dúvida mais atenta para os recursos existentes e para a importância de os utilizar.

Neste sentido, a elaboração deste jornal de aprendizagem permitiu-me refletir sobre a articulação das diferentes estruturas, conhecer os meios de informação onde posso recolher mais informação sobre o SNIPI e muniu-me de conhecimentos para poder informar as famílias e os diferentes profissionais com quem trabalho sobre a importância da referenciação das famílias no momento da alta.

**Apêndice X – Sessão de Formação: Importância do SNIPI na
facilitação da transição para a parentalidade**

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

SESSÃO DE FORMAÇÃO

**A IMPORTÂNCIA DO SNIPI NA FACILITAÇÃO DA TRANSIÇÃO
PARA A PARENTALIDADE**

Discente: Daniela Nunes, nº 8377

Docente orientador: Professora Doutora M^a Teresa Magão

Lisboa, Janeiro 2019

1. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

A necessidade de realização desta sessão de formação de sensibilização dos enfermeiros do Centro de Saúde para a relevância do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) como um recurso da comunidade que permite apoiar a transição para a parentalidade em situações de saúde complexas a crónicas, surgiu após conversas informais com a equipa de enfermagem do mesmo centro de saúde e com a enfermeira orientadora do campo de estágio, que manifestaram ter um conhecimento limitado sobre este recurso e sobre quando e como referenciar as crianças que encontram em contexto de consulta.

Neste sentido, tive a oportunidade de visitar a equipa de intervenção precoce na infância (IPI) que abrangia esse Centro de Saúde e pude integrar as visitas domiciliárias que realizavam, e participar na reunião mensal do SNIPI, de forma a melhor compreender o papel deste organismo na comunidade e a sua relevância para a promoção da autonomia e da parentalidade das famílias, no seu domicílio.

O SNIPI consiste num conjunto organizado de entidades institucionais com a missão de garantir de forma integrada a IPI, funcionando através da atuação coordenada do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 281/2009, a 6 de Outubro de 2009 (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009, pp. 7299)¹.

Desta forma, pretende:

- I. Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades;*
- II. Detectar e sinalizar todas as crianças com necessidades de intervenção precoce;*
- III. Intervir junto das crianças e famílias, em função das necessidades identificadas, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso de desenvolvimento;*
- IV. Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas de segurança social, de saúde e de educação;*
- V. Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009, p. 7299)¹.*

¹ Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009). Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 281/09, de 6 de Outubro. Ministério da Saúde. *Diário da República, 1.ª Série (N.º 193 de 06-10-2009)*, 7298 - 7301. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>

O SNIPI pretende apoiar famílias de crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento. Neste sentido, pretende promover a autonomia da criança na comunidade e no seu dia-a-dia familiar, ao mesmo tempo que promove a autonomia da família no cuidado à criança com necessidade complexas decorrentes de situações de saúde/doença (como a prematuridade, por exemplo).

Quanto mais precoce forem as intervenções que afetam o crescimento e o desenvolvimento das crianças, mais capazes se tornam de participar de forma autónoma na vida social e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais de origem. Assim, devem ser acionados os mecanismos necessários à definição de um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), a ser elaborado por Equipas Locais de Intervenção (ELI), multidisciplinares.

Neste sentido, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a relevância do SNIPI no apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social, garantindo a Intervenção Precoce na Infância (IPI).

Objetivos Específicos:

- Conhecer os critérios de elegibilidade para o SNIPI;
- Reconhecer a organização do SNIPI, a função do plano individual de intervenção precoce (PIIP) e das equipas locais de intervenção (ELI);
- Promover a reflexão sobre a importância do SNIPI na promoção da transição para a parentalidade em situação de doença complexa;

2. PLANEAMENTO

O **planeamento da sessão de formação** (apêndice 1) foi discutido com a professora orientadora e enfermeira orientadora antes da apresentação da formação. A equipa de enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Centro de Saúde é composta por 3 enfermeiras especialistas em SIP pelo que o levantamento das necessidades de formação foi feito verbalmente e de uma forma informal devido ao número reduzido de pessoas a auscultar. A divulgação da sessão foi realizada informalmente através da afixação de um aviso de formação na sala de enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e nos outros departamentos que trabalham em articulação com a Saúde Infantil e Pediátrica, procedimento habitual no Centro de Saúde. Desta forma o número de profissionais abrangidos era de cerca de 15 pessoas.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em sites da Direção Geral de Saúde e Diário da República sobre o tema, de forma a compilar informação, normas e legislação atual que sustentasse a apresentação e sustentasse as formas de atuação do SNIPI. Após leitura e análise desse material, elaborou-se a apresentação em *PowerPoint* (apêndice 2). O conteúdo da apresentação em *PowerPoint*, bem como a bibliografia consultada foram disponibilizados aos elementos do Centro de Saúde num dossier que ficou disponível na sala de enfermagem, de forma a poderem ser consultados sempre que sintam essa necessidade. Os principais destinatários da sessão foram os elementos da equipa de enfermagem de saúde infantil e pediátrica do Centro de Saúde.

3. EXECUÇÃO

A sessão decorreu na sala de pessoal do centro de saúde, a 13 de Dezembro de 2018, com uma duração de cerca de 40 minutos. Os métodos pedagógicos utilizados foram o expositivo e o interativo (discussão/reflexão).

Apresenta-se abaixo o plano da sessão de formação, estando a apresentação em *PowerPoint* que serviu de suporte à realização desta atividade em apêndice (apêndice 2).

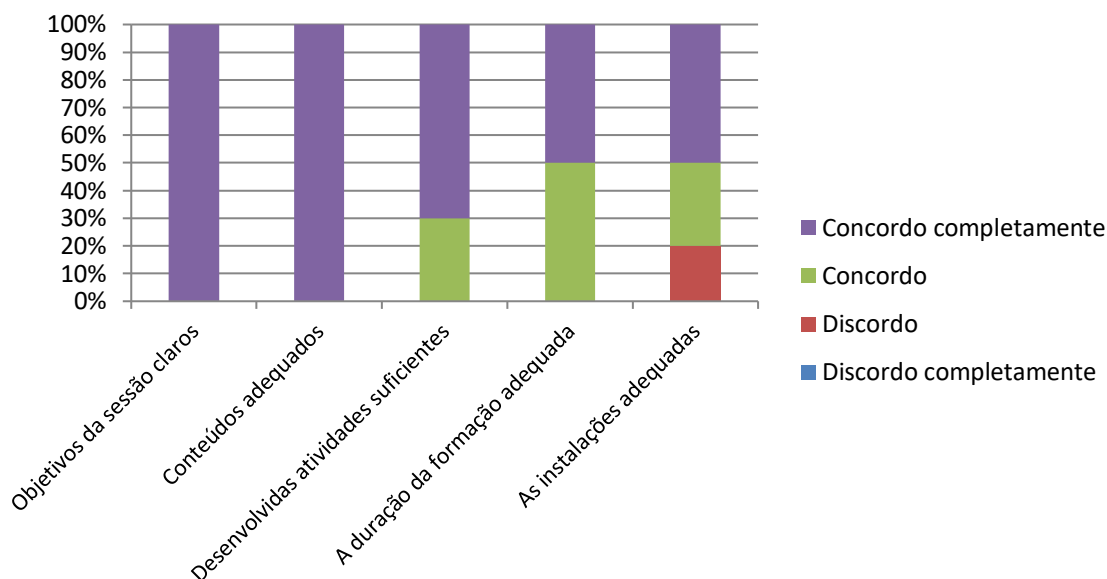
Fases da Sessão	Métodos pedagógicos	Recursos Materiais	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação do tema da sessão	Expositivo	Projetor	5 mins
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none">▪ Origem do SNIPI▪ Práticas de ajuda eficaz em IPI▪ ELI e modelo de funcionamento▪ Como realizar a referenciação para o SNIPI▪ Critérios de elegibilidade para o SNIPI▪ Importância do envolvimento da família em IPI▪ Papel do EEESIP	Expositivo Interativo	Projetor	30 mins
Conclusão <ul style="list-style-type: none">▪ Síntese das principais ideias da sessão de formação▪ Discussão▪ Avaliação da sessão	Interrogativo Interativo	Projetor Questionário de avaliação da formação	5 mins

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

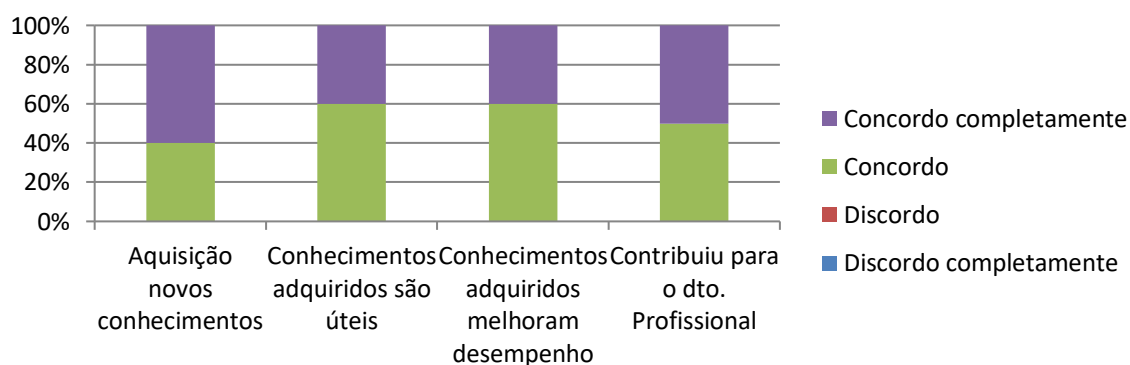
Para a avaliação da sessão foram elaborados questionários com avaliação de 1 a 4 (de discordo totalmente a concordo totalmente), que foram apresentados aos participantes no final da sessão. A sessão respeitou a estrutura planeada, os recursos utilizados revelaram-se adequados, assim como a duração da sessão foi respeitada. Uma vez que a sessão de formação foi realizada na hora de almoço, altura com menor afluência de clientes no Centro de Saúde, estiveram presentes 8 enfermeiros e 2 estudantes de enfermagem, tendo ficado o conteúdo da sessão disponível para consulta no serviço, num dossier acessível a todos.

Resultados da Avaliação da Sessão de Formação

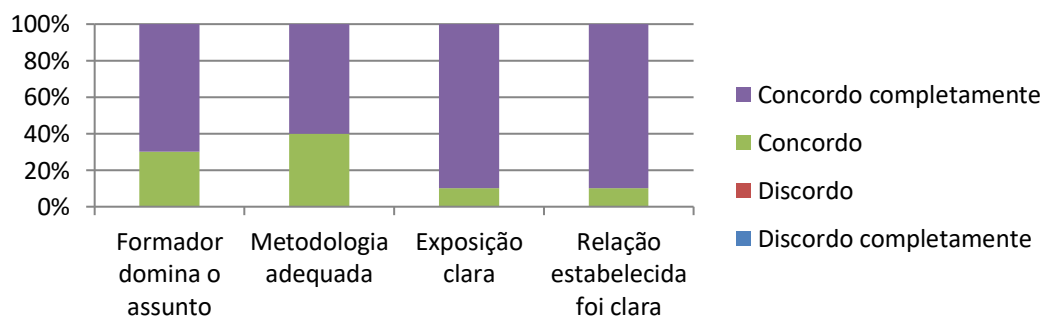
Avaliação global



Avaliação do impacto da sessão



Avaliação do formador



Foram enumerados **aspectos positivos** pela equipa após a realização desta sessão de formação, nomeadamente ter delineado objetivos claros e conteúdos adequados aos objetivos definidos. De facto, as atividades desenvolvidas e a oportunidade de debate que

se criou durante a apresentação da temática foram consideradas suficientes por 70% dos participantes, que concordaram completamente com esta abordagem do tema. A pertinência da formação para equipa de enfermeiros pediátricos do Centro de Saúde permitiu a aquisição de novos conhecimentos (40% concordam e 60% concordam completamente), o que lhes permite melhorar o seu desempenho profissional em contexto de cuidados de saúde primários. Também o facto de a sessão de formação e os artigos e documentos consultados para a sua elaboração estarem disponíveis na sala de enfermagem, foi avaliado como sendo uma mais valia, para que a restante equipa de enfermagem possa consultar.

Os enfermeiros que participaram nesta sessão, quando questionados relativamente à pertinência, ao conteúdo, à utilidade e ao impacto da formação no seu desenvolvimento profissional, na generalidade concordaram completamente com os itens apresentados para a avaliar. No geral, os objetivos da sessão de formação foram amplamente atingidos, tendo estabelecido um ambiente propício à discussão e à partilha de experiências e dúvidas que, tendo em consideração a avaliação da sessão, foram esclarecidas de forma eficaz. Considero, assim, que o objetivo desta sessão foi amplamente atingido

5. CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EEESIP

O planeamento e a realização desta sessão de formação possibilitaram a continuação do desenvolvimento das competências de EEESIP no **domínio da melhoria contínua da qualidade**, iniciadas com a sessão de formação no contexto de SUP. Após o levantamento das necessidades de formação percebi que a temática da IPI e o papel do SNIPI, principalmente no que diz respeito aos métodos e critérios de referenciação, suscitava grandes questões junto da equipa multidisciplinar. Neste sentido, com a sessão de formação, tive um papel dinamizador ao proporcionar a aquisição e aprofundamento de conhecimentos relativos à temática abordada com vista à melhoria da qualidade e a uma melhor articulação das estruturas da comunidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, tais como a formação em serviço (Regulamento n.º 140/2019, 2019)².

² Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República II Série*, N.º 26 (06-02-2019), 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>.

Esta sessão de formação, em comparação à realizada anteriormente, desenrolou-se maior naturalidade e confiança. Permitiu melhorar a execução e o planeamento de sessões de formação por forma a responder de forma eficaz às necessidades identificadas junto da equipa de enfermagem. Pude refletir e aprofundar a temática da parentalidade em contexto de cuidados de saúde primários e em situações de saúde/doença complexa, e alargar os conhecimentos relativamente às estruturas existentes de apoio, nomeadamente o SNIPI. Ao mesmo tempo permitiu-me a reflexão sobre o papel das estruturas da comunidade na facilitação da transição para a parentalidade e no apoio prestado, em particular a famílias de ex-prematuros.

A preparação de uma sessão de formação em serviço só faz sentido se pertinente e adequada às necessidades dos enfermeiros. É essencial preparar uma sessão de formação simples, prática e dirigida ao tema a abordar. Ao captar a atenção de todos e ao envolver a equipa, mais facilmente se consegue aprender e refletir sobre o tema em discussão. Desta forma, a sessão de formação, permitiu-me desenvolver **competências ao nível do planeamento e de comunicação** com uma equipa que desconhecia, numa área nova.

APÊNDICES

APÊNDICE I. Planejamento da sessão de formação

PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Serviço	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados		
Designação da Ação de Formação	A importância do SNIPI na facilitação da transição para a parentalidade		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a relevância do SNIPI para a comunidade; ▪ Conhecer os critérios de elegibilidade para o SNIPI; ▪ Reconhecer a organização do SNIPI, o plano individual de intervenção precoce (PIIP) e as equipas locais de intervenção (ELI); ▪ Promover a reflexão sobre a importância do SNIPI para a promoção transição para a parentalidade em casos de doença complexa; ▪ Propor e discutir sugestões para a melhoria da prática de cuidados a estas famílias. 		
Conteúdo Programático	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização do SNIPI, objetivos, destinatários e critérios de elegibilidade; ▪ Modelo de referenciação para o SNIPI e critérios de elegibilidade; ▪ Aprofundar o papel da ELI e do PIIP; ▪ Transição para a parentalidade em situações complexas e/ou crónicas na comunidade; ▪ Importância do envolvimento da família em IPI ▪ Papel do EEESIP na promoção da IPI. 		
Destinatários	Equipa de enfermagem do Centro de Saúde		
Equipa Pedagógica	Daniela Nunes (aluna 9º curso de mestrado em enf. na área de especialização de SIP)		
Coordenação	Enfª xxxxxxxx		
Métodos/Meios Pedagógicos	Expositivo, interrogativo, demonstrativo e ativo		
Avaliação	Questionário de avaliação		
Datas	13 de Dezembro de 2018		
Horário	14h00	Nº Horas	40 minutos
Local	Centro de Saúde		

APÊNDICE II. Apresentação em *PowerPoint*

SESSÃO DE FORMAÇÃO

IMPORTÂNCIA DO SNIPI NA FACILITAÇÃO DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Equipa Pedagógica:

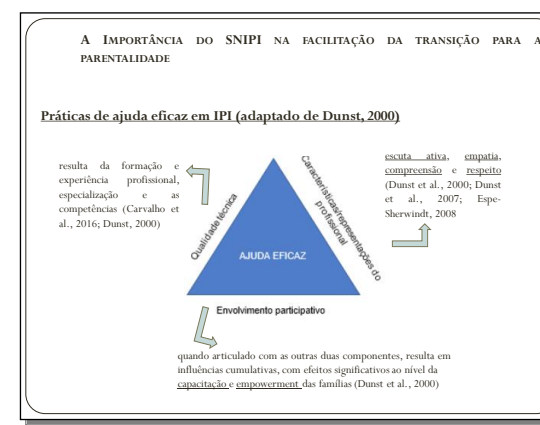
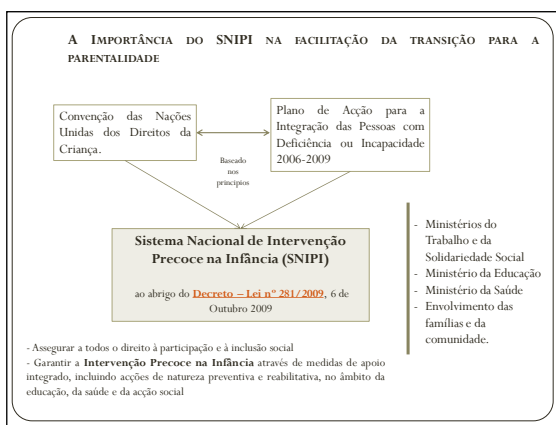
- Daniela Nunes (estudante do 9º curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica)

13 Dezembro de 2018



SUMÁRIO

- Origem do SNIPI
- Práticas de ajuda eficaz em IPI
- ELI e modelo de funcionamento
- Referenciação
- Critérios de elegibilidade
- Importância do envolvimento da família em IPI
- Papel do enfermeiro especialista em SIP



A IMPORTÂNCIA DO SNIPI NA FACILITAÇÃO DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O SNIPI abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.

Devem ser accionados os mecanismos necessários à definição de um **Plano Individual de Intervenção Precoce – PIIP**, a ser elaborado por **Equipas Locais de Intervenção (ELI)**, que representem todos os serviços que são chamados a intervir.

O PIIP deve constituir-se como um instrumento de organizador para as famílias e para os profissionais envolvidos, estabelecer um diagnóstico adequado, tendo em conta não apenas os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança.

A IMPORTÂNCIA DO SNIPI NA FACILITAÇÃO DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Equipas Locais de Intervenção (ELI)

Educadores de infância de IP; Enfermeiro; Médico de família/pediatra, Assistentes sociais; Psicólogos; Terapeutas, e outros.

Funções:

- Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI;
- Assegurar a vigilância às crianças e famílias;
- Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social;
- Elaborar e executar o PIIP em função do diagnóstico;
- Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção;
- Articular, sempre que se justifique, com as comissões de protecção de crianças e jovens, com os núcleos de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com actividade na área da protecção infantil;
- Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;
- Articular com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI.

A IMPORTÂNCIA DO SNIPI NA FACILITAÇÃO DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

A Importância do envolvimento da família em IPI

- O sistema familiar deve ser entendido como um todo. Qualquer modificação exercida sobre um dos elementos repercute-se nos outros (Relvas, 2000; Serrano, 2007).
- Quando a criança nasce com uma necessidade de apoio especial específica, a família fica abalada na sua organização e necessidades, geralmente com sentimentos e emoções dolorosas e ambivalentes. Há, em geral, um sentimento de tristeza e de perda do filho idealizado.
NO ENTANTO
- O ambiente familiar deve ser o espaço educativo por excelência (moral, cognitivo e afetivo) promotor de desenvolvimento da criança (Leitão, 2004; Miranda, 2002).
- A intervenção é mais eficaz quando se inicia precocemente e quando a família participa ativamente na programação, implementação e avaliação de todo o processo → **práticas de cuidados centradas na família**

A IMPORTÂNCIA DO SNIPI NA FACILITAÇÃO DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Papel do Enf. Especialista em SIP

- Gestor de caso, advogando a favor das famílias, mobilizando e gerindo os recursos da comunidade, de modo a assegurar que estas recebem os cuidados dos diversos serviços de saúde, necessários à criança com doença crónica, no domicílio (OE, 2011).
- Constitui também um elo de ligação/articulação entre as unidades funcionais e instituições educativas.
- Permite a partilha e discussão de casos mais complexos (nos quais as intervenções desenvolvidas não estão a ter os resultados esperados), delineando novas estratégias de intervenções, no âmbito de uma equipa pluridisciplinar, para potenciar os resultados.

Referências Bibliográficas

Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009). Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 281/09, de 6 de Outubro, Ministério da Saúde. Diário da República, 1.ª Série (N.º 193 de 06-10-2009), 7298 - 7301. EEL: <https://data.dre.pt/cd/dec-lei/281/2009/10/06/pt/dre/pt.html>.

Dunst, C. (2000). Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com as famílias. In Correia, L. & Serrano, A. *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce. Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família* (pp.123-141). Porto: Porto Editora.

Leitão, F. (2004). *A Intervenção Precoce e a Criança com Síndrome de Down – Estudos sobre Interação*. Porto: Porto Editora.

Machado, M., Santos, P. & Espe-Sherwindt, M. (2017). Envolvimento participativo de famílias no processo de apoio em intervenção precoce na infância. *Educar e Ser* (27). Recuperado de: http://revista.cesepi.pt/index.php/sabereseducar/article/view/280/pdf_61.

Miranda, M. (2002). A Família como Primeiro Espaço Educativo. *Cadernos de Educação de Infância*, 62, p. 11-15.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume II* (Vol. 2). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Relvas, P. (2000). *O Ciclo Vital da Família*. Porto: Edições de Afrontamento.

Serrano, A. (2007). *Redes Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora.

A IMPORTÂNCIA DO SNIPI NA FACILITAÇÃO DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE



**Apêndice XI – Estratégias promotoras da transição para a
parentalidade e do regresso a casa na UCIN: Contributos para um
projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de
enfermagem**

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA TRANSIÇÃO PARA A
PARENTALIDADE E DO REGRESSO A CASA NA UCIN**

**- CONTRIBUTOS PARA UM PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA
QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM -**

Discente: Daniela Nunes, nº 8377

Docente orientador: Prof^a. Doutora M^a Teresa Magão

Lisboa, 2019

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA	3
2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO	5
2.1 Fundamentação teórica para a intervenção	5
3. OBJETIVOS INICIAIS	8
4. PERCEBER AS CAUSAS	9
4.1 Contextualização da situação	9
5. PLANEAMENTO E PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES	13
5.1 Cronograma	13
5.2 Metodologia das atividades a desenvolver	14
6. VERIFICAR OS RESULTADOS	14
6.1 Avaliação das atividades desenvolvidas	14
7. PROPOSTA DE MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA	16
7.1 Proposta de intervenção futura	16
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

APÊNDICES

Apêndice 1: Norma de procedimento – Kit de acolhimento na UCIN

INTRODUÇÃO

A proposta de projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 9º curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria, no decorrer do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de um hospital central na zona de Lisboa.

Esta proposta foi discutida primeiramente com a enfermeira chefe do serviço, com a enfermeira orientadora e com a professora orientadora com o objetivo final de ser implementado no serviço de neonatologia após a contribuição da equipa de enfermagem, validação e aprovação. Surgiu no meu percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (SIP), nomeadamente no **domínio das competências de melhoria contínua da qualidade**, das quais se destaca conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Pretende ainda melhorar os **cuidados específicos que dão resposta às necessidades do ciclo de vida das famílias e de desenvolvimento da criança e jovem**, promovendo a vinculação de forma sistemática, utilizando estratégias promotoras do contacto entre pais e recém-nascidos (RN) e através da promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Promove, assim, a implementação de um plano de saúde para o RN prematuro, promotor da parentalidade e da capacitação dos pais para utilizarem a informação que é dada pelos profissionais de saúde para guiar o seu caminho até ao regresso a casa. De salientar, que esta proposta pretende reforçar que na comunidade existem estruturas de apoio a que os pais podem recorrer.

Para atingir os objetivos definidos anteriormente é elaborada esta proposta de projeto onde é apresentada uma norma de acolhimento na UCIN que engloba a criação de um *kit de acolhimento* e a realização de uma sessão de formação onde se pretende recolher feedback por parte da equipa de enfermagem ao mesmo tempo que pretendo envolvê-los neste processo de forma a promover a participação e motivação da equipa de enfermagem. Esta proposta de projeto tem por base o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, inserido no Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

Dados de 2016 mostram um aumento na percentagem de nados-vivos de baixo peso (peso inferior a 2500 gramas) face a 2011, sendo que estes partos representam 8,7% do total dos nados-vivos de 2016 (INE, 2016). No mesmo período, registou-se um aumento da percentagem de nados-vivos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação) de 7,4% para 7,8% (INE, 2016). Estes dados justificam a pertinência da proposta deste projeto uma vez que estando a aumentar o número de partos prematuros por motivos diversos implica que exista um maior e melhor acompanhamento destas famílias por parte dos profissionais de saúde e do Sistema Nacional de Saúde durante o internamento e no período pós alta por forma a promover uma saudável e competente transição para a parentalidade.

Transição é um conceito que assenta no pressuposto de que a mudança das condições pessoais e ambientais, despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel, nas expectativas ou nas capacidades de cada indivíduo, exige processos adaptativos a novas realidades, papéis e responsabilidades (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Shumacher, 2000; Silva, 2007).

A parentalidade é uma das transições mais importantes e marcantes na vida dos indivíduos uma vez que assinala o início de uma nova fase do ciclo vital, dando-se a transição da função conjugal para a parental (Relvas, 2004). A Ordem dos Enfermeiros afirma que a parentalidade é, de facto, uma questão de saúde pública OE (2015). Tornar-se pai ou mãe acarreta inúmeras aprendizagens, podendo-se constituir como um dos mais exigentes e desafiadores papéis sociais que os indivíduos encontram (Janisse, Barnett & Nies, 2009).

O nascimento de um bebé é sempre gerador de ansiedade e de adaptação (Martins, Abreu & Figueiredo, 2014). Se o RN após o nascimento necessitar de internamento numa neonatologia quer pela prematuridade ou por complicações do parto, os pais veem-se confrontados com diversos desafios no desenvolvimento do seu papel parental. A ansiedade e medo dos pais são potenciados pelo desconhecido e pelos cuidados que o RN necessita pelo que a transferência do bebé imaginário para o bebé real não ocorre como idealizado, tornando a transição para a parentalidade mais vulnerável (Brazelton & Cramer, 1989; Toral-López et al., 2016).

Nesta medida, a transição para a parentalidade, já de si um processo complexo numa situação de parto sem complicações pelo surgimento de um novo ser no seio familiar, torna-se um processo ainda mais complexo se decorrer no contexto de uma UCIN.

Um nascimento prematuro com necessidade de internamento na UCIN corresponde a um ponto crítico do processo transicional, com possíveis consequências negativas no processo de transição. Os pais veem a capacidade de cuidar do seu filho limitada, com perda de controlo da sua vida familiar e do poder parental, o que origina uma crise cognitiva, física e emocional nos pais com sentimentos de culpa, medo, incerteza, solidão, frustração do sonho de ser pai/mãe, perda de confiança no próprio filho, e alterações na sua perceção no papel de pais (Cruz, 2005; Sousa, Araújo, Carvalho & Silva, 2009).

As características sociofamiliares e pessoais (Franck, Cox, Allen & Winter, 2005; Heerman, Wilson, & Wilhelm, 2005; Doyle, 2011; Sikorova & Kucova, 2012), as características da própria criança, físicas e comportamentais (Barros, 2001), o ambiente desconhecido e potencialmente ameaçador (Cleveland, 2008) da UCIN podem torna-se obstáculos que dificultam uma saudável transição para a parentalidade na prematuridade. Estes pais reportam níveis de ansiedade, depressão e stress mais elevados (Davis, Edwards, Mohay & Wollin, 2003; Zanardo, Freato & Zacchello, 2003) e manifestam inclusivamente sintomas de stress pós-traumático (Vanderbilt, Bushley, Young & Frank, 2009).

Torna-se, assim, pertinente para os profissionais de enfermagem compreender como os pais vivenciam a transição para a parentalidade face ao contexto de internamento em neonatologia e à doença do RN para que estejam mais despertos para esta problemática e, assim ter as ferramentas para conseguir ajudar os pais na preparação para as mudanças diárias num contexto assustador e facilitar o processo de aprendizagem de competências parentais (Meleis et al., 2000).

Perante os factos apresentados a promoção de uma transição para a parentalidade saudável numa UCIN é uma prioridade, na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem. Surge, assim, esta proposta que procura dar resposta a esta problemática e intervir de uma forma estruturada com o objetivo de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO

Com o objetivo de perceber o problema e dimensioná-lo foi realizada primeiramente uma revisão da literatura para que se possa apresentar a problemática da dificuldade em que haja uma transição para a parentalidade saudável na prematuridade, mais especificamente no que diz respeito às terapêuticas de enfermagem recomendadas na literatura atual e em documentos oficiais.

Seguidamente, foi realizada uma análise da dimensão do problema na UCIN comparativamente a essas mesmas recomendações, analisando de forma crítica o procedimento atual e as práticas da UCIN onde exerço funções e onde concluí o estágio no âmbito da área de especialização em enfermagem na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediatria, o que levou a este projeto de melhoria contínua da qualidade.

2.1 Fundamentação teórica para a intervenção

O termo **parentalidade** é definido por Dayan (1999), citado por Bayle (2006), como um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva que permite dois adultos tornarem-se pais, ou seja, serem capazes de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas dos seus filhos, estabelecendo laços.

A parentalidade, uma das transições mais importantes e marcantes na vida dos indivíduos (Relvas, 2004). Tornar-se pai ou mãe acarreta inúmeras aprendizagens, podendo-se constituir como um dos mais exigentes e desafiadores papéis sociais que os indivíduos encontram, integrando esforços adaptativos, de maior ou menor dificuldade, e novos padrões de vida (Janisse, Barnett & Nies, 2009).

Quando se dá o nascimento de um filho prematuro a transição para o papel parental ocorre de forma antecipada levando a que os pais se sintam incompletos e perdidos, quer pelo impacto do parto prematuro quer pelo facto de o bebé real não corresponder ao sonhado (Brazelton e Cramer, 1989; Vieira et al., 2008; Meleis, 2010).

Define-se como RN prematuros os que nascem antes das 37 semanas de idade gestacional, categorizando-se em prematuro limiar (entre as 33-36 semanas de idade gestacional e/ou peso à nascença entre 1500-2500 gramas); prematuro moderado (entre as 28 – 32 semanas de idade gestacional e/ou peso à nascença entre 1000 – 2500 gramas)

ou prematuro extremo (que nasce antes das 28 semanas de idade gestacional e/ou pesa menos de 1000 gramas) (Hockenberry, 2006).

O RN prematuro nasce com uma imaturidade dos seus órgãos e sistemas, estando mais vulnerável a doenças e mais sensíveis a fatores externos como a luz ou o ruído (Hockenberry, 2006). Apesar da suscetibilidade do RN prematuro não deve ser impedido que os pais interajam com ele. Estes podem e devem tocar no seu filho após uma adequada higiene das mãos e se não estiverem com nenhuma doença ativa, respeitando, no entanto, os momentos de descanso e sono do bebê.

Quando há o internamento do RN prematuro dá-se uma disrupção do normal processo de integração familiar e vinculação pais-filho, o que pode prejudicar a ligação da família com o RN (Barros, 2006). A vinculação e interação com o RN prematuro são dificuldades pelas próprias características da criança, físicas e comportamentais (Barros, 2006) e pelo o ambiente desconhecido e potencialmente ameaçador (Cleveland, 2008).

É importante reconhecer que estes pais manifestam, muitas vezes, um sentimento de culpa, medo e angústia (Gonçalves et al., 1999), maior nível de ansiedade, depressão e stress (Davis et al., 2003; Zanardo, Freato & Zacchello, 2003), com taxas de depressão de 40% (Vigod, Villegas, Dennis & Ross, 2010) e sintomas de stress pós-traumático presentes (Vanderbilt, Bushley, Young & Frank, 2009).

Só sabendo o que grande parte dos pais sentem e vivenciam numa experiência traumática como é a de ter um filho prematuro que necessita de cuidados médicos diferenciados e as suas preferências é possível planear um correto envolvimento dos pais nos cuidados (Whittingham, Boyd, Sanders & Coldiz, 2013).

Cleveland (2008) num estudo que realizou junto de pais na UCIN identificou as seguintes intervenções de enfermagem como importantes para o desenvolvimento das competências parentais: preparar os pais durante o período pré-natal sobre as especificidades da UCIN; orientações adequadas aos pais no momento da admissão do RN na UCIN; fornecer informação detalhada aos pais e envolvê-los ativamente na tomada de decisão; envolver os pais nos cuidados ao RN, sempre que possível; apoiar os pais mostrando disponibilidade e escuta ativa; implementar cuidados para o desenvolvimento; ter presente uma política de capacitação dos pais e de cuidados centrados na família (CCF).

O modelo de CCF assume que o envolvimento da família é central para a saúde do RN pelo que as famílias são convidadas a participar na tomada de decisão,

planeamento e prestação de cuidados ao RN na medida que considerarem certa (Ahmann & Johnson, 2001; Shields, Pratt & Hunter, 2006). Este conceito coloca as necessidades do RN e da família no centro dos cuidados de enfermagem, encorajando um ambiente de parceria desde a admissão à alta (Davis et al. 2003).

De facto, uma maior participação dos pais na prestação de cuidados e um maior apoio no processo de preparação para a alta melhoram a confiança no papel parental e reduzem a ansiedade no momento da alta (Wigert, Hellström & Berg, 2010; Heydarpour et al., 2016). Deve ser encorajado a que estejam presentes em momentos que possam ser envolvidos, assim como deve ser-lhes dado reforço durante a interação com o seu filho de forma a que se promova uma relação saudável entre os pais e o RN (Hockenberry & Wilson, 2014). A prestação de cuidados segundo uma filosofia de CCF apresenta benefícios claros para os pais e para o RN, tendo o potencial para reduzir o tempo de internamento e diminuir complicações (Ortenstrand, 2010; Boundy et al., 2016).

Ainda, a criação de um ambiente promotor da amamentação e extração de leite junto ao RN (Umberger, MArch, Canvasser & Hall, 2018) e a criação de um ambiente confortável para os pais quando visitam os RNs é facilitador da sua permanência junto dos RNs (Jiang, Warre, Qiu, O'Brien & Lee, 2014).

A utilização consistente de recursos tais como as ferramentas de planeamento de alta melhoram a comunicação entre os pais e os profissionais de saúde, promovendo uma transição para o domicílio mais suave (Sim, Jacob, Mills, Fett & Novak, 2006). A compilação de informação escrita fornecida aos pais com vista ao planeamento da alta da UCIN tem-se mostrado útil em diversas UCINs no Reino Unido (Ingram et al., 2015; Aloysius et al., 2018). A UCIN de um hospital central em Londres desenhou um livro de preparação para a alta designado “*Steps to Home Passport*”, onde se baseia o guia de preparação do regresso a casa incluído no *kit de acolhimento* apresentado nesta norma de proposta de melhoria contínua de qualidade da UCIN (Aloysius et al., 2018). O projeto “*Steps to Home Passport*” e o projeto adaptado “*A caminho de casa*” permite que os pais antecipem o percurso e compreendam em que etapa se encontram, facilitando a comunicação entre os pais e os enfermeiros ao mesmo tempo que os acompanha durante todo o percurso na UCIN (Aloysius et al., 2018). Está organizado na perspetiva de aumento de autonomia por parte dos pais e inclui diferentes secções: (1) acolhimento e apresentação da UCIN, importância da higiene das mãos, as necessidades do RN e como os pais se podem envolver nos cuidados; (2) extração de leite, sucção não-nutritiva e a

importância do contato pele a pele; (3) conhecer o bebê, permanecer junto a ele, cantar, contato pele a pele, toque, falar com ele; (4) amamentar e/ou alimentar com leite artificial; (5) cuidar do bebê com mais autonomia antes da alta (6) preparação para o regresso a casa (Aloysius et al., 2018).

Apesar de se terem identificado terapêuticas de enfermagem que são promotoras da transição para a parentalidade na prematuridade durante o internamento na UCIN, o papel da equipa de enfermagem deve passar também por apoiar nos primeiros momentos após o regresso a casa.

A visitação domiciliária numa fase inicial após a alta apresenta-se como a ponte entre o hospital e o domicílio e uma intervenção de enfermagem que visa apoiar a transição da família (Lopez, Anderson & Feutchinger, 2012; Dellenmark-Blom & Wigert, 2014). A visitação domiciliária pode permitir detetar as necessidades, os recursos e os apoios de que a família dispõe para fazer face às dificuldades encontradas (Fägerskiöld, Wahlberg & Ek, 2001). Também no estudo de Dellenmark-Blom e Wigert (2013) se verifica que a visitação domiciliária e a facilitação do contato telefónico após a alta vão ao encontro do conceito de CCF em que são os pais os principais cuidadores e decisores sobre os cuidados do recém-nascido, reforçando o sentimento de não abandono após a alta.

3. OBJETIVOS INICIAIS

Objetivo geral

- Promover a transição saudável para a parentalidade na prematuridade segundo os princípios dos cuidados centrados na família.

Objetivos específicos

- Reconhecer o impacto de um parto prematuro na transição para a parentalidade;
- Identificar terapêuticas promotoras da transição para a parentalidade;
- Elaborar uma norma de procedimento relativa ao método de acolhimento na UCIN;
- Desenvolver um guia de preparação do regresso a casa e acompanhamento no domicílio designado “*A caminho de casa...*”, que integra o pack de acolhimento.

4. PERCEBER AS CAUSAS

4.1 Contextualização da situação

Por forma a identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem é essencial realizar um diagnóstico da situação relativamente às práticas de cuidados de enfermagem em vigor relativamente ao acolhimento das famílias na UCIN que facilitam a transição para a parentalidade durante o período de internamento com vista à aquisição de competências parentais.

A UCIN faz parte do departamento de Pediatria de um Hospital Central da zona de Lisboa e é um estabelecimento público de saúde especializado em obstetrícia. A UCIN está organizada em duas unidades funcionais integradas, os cuidados intensivos neonatais com 11 vagas de incubadoras e os cuidados especiais neonatais com 25 vagas de berços e incubadoras. São admitidos anualmente cerca de 900 RN nascidos nesse hospital e vindos de todo o país.

Tem como áreas de diferenciação técnica, entre outras, o aconselhamento pré-natal, multiparidade, restrição de crescimento, neuroproteção, hipotermia induzida, grande prematuridade, displasia broncopulmonar e ventilação protetora e o seguimento dos RN com risco neurológico e/ou de desenvolvimento.

A equipa de enfermagem da UCIN é constituída por 76 profissionais, dos quais 20 são enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica (SIP). Atualmente, por motivos de doença ou licença de maternidade estão ausentes sete enfermeiros. Os enfermeiros estão organizados por equipas (cinco no total), sendo que uma delas é constituída por elementos com horários fixos no turno da manhã. Todas as equipas têm identificados um chefe de equipa e um segundo elemento, sendo que se subdividem informalmente em elementos que permanecem nos cuidados intensivos e nos cuidados intermédios. Os chefes de equipa e segundos elementos são enfermeiros especialistas ou os profissionais com maior experiência profissional.

No que diz respeito à temática da norma de acolhimento na UCIN salienta-se a elaboração em 2012 de uma norma de procedimento intitulada de “acolhimento na UCIN”, que inclui a criação de um folheto de acolhimento à UCIN em português, mas desde então não foi realizada nenhuma atualização ou melhoramento. Nestes últimos dois anos houve uma grande saída de enfermeiros experientes da UCIN e houve uma entrada

de diversos enfermeiros mais novos e pouco experientes. No entanto, não foi feita nenhuma formação em serviço desde então sobre esta temática. De salientar que habitualmente o folheto com o guia de acolhimento é entregue no primeiro dia da admissão com a primeira visita do pai do RN, mas muitas vezes o guia de amamentação é descurado. Não existe, no entanto, nenhum documento que ateste as competências parentais adquiridas ao longo do internamento e os acompanhe até ao momento do regresso a casa.

Segundo Góes (1999) citado por Wanderley (2011), o **acolhimento** promove a confiança dos pais na equipa conduzindo ao estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mútua. Também Brito (2006) salienta a importância de os pais se sentirem acolhidos, pois irão sentir-se mais à vontade para colocar dúvidas e mais recetivos face ao internamento do RN, mais calmos e colaboradores na prestação de cuidados.

Para Ferreira e Valério (2003) o acolhimento tem como finalidades apoiar a família e diminuir quaisquer sentimentos negativos que possam surgir, ao mesmo tempo que dá a oportunidade ao enfermeiro de esclarecer as questões que surjam relativas ao funcionamento da UCIN e da própria hospitalização para a mesma se sinta segura. Cabe também à equipa de enfermagem procurar dar resposta aos obstáculos que possam interferir no bom acolhimento da família, para que este, nas suas etapas, decorra da melhor forma possível (Ferreira & Valério, 2003). As etapas definem-se em três momentos: receção, informação e integração.

A receção aos pais é o momento em que se criam as primeiras impressões sobre a UCIN e sobre quem os recebe, devendo incluir a apresentação da estrutura física do serviço (Doca & Costa Júnior, 2007). A partilha de informação é um momento essencial e complexo em que a informação fornecida deve ser uniforme uma vez que os pais necessitam de informações claras e concisas para efetuarem as suas opções e escolhas. Só através da transmissão de informação clara se consegue conferir alguma tranquilidade aos pais para que possam participar no planeamento e na tomada de decisões. O momento de integração dos pais no serviço e na equipa de enfermagem é aquele em que se dá o estabelecimento de uma parceria de cuidados entre a equipa de enfermagem e os pais, conferindo-lhes uma maior autonomia no ambiente hospitalar.

A preparação para a alta na UCIN começa logo no primeiro dia de internamento, com a promoção da participação gradual dos pais nos cuidados ao seu filho, através do

ensino e supervisão da equipa de enfermagem (Rodrigues, 2010). Por ser um processo complexo, o planeamento da alta, deve iniciar-se no momento da admissão do RN na unidade e ser continuado ao longo de todo o internamento, procurando durante este processo, o envolvimento da família na prestação de cuidados ao RN. Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas da OE (OE, 2011) a preparação da alta deve reger-se pelos modelos de cuidados baseados na parceria de cuidados e no respeito pelos direitos universais da criança, pela Carta da Criança Hospitalizada e ainda pelo princípio da universalidade.

A construção de um plano de alta, com início no momento do acolhimento e ao longo de todo o internamento com o envolvimento dos profissionais de saúde e família é fundamental, de acordo com diversos autores (SPP, 2004; OE, 2010; Rodrigues, 2010; Roque & Costa, 2014), para que no domicílio as necessidades do RN sejam satisfeitas de forma adequada. Para tal os enfermeiros devem transmitir conhecimentos, negociar e promover a prestação de cuidados pelos pais ao mesmo tempo que treinam as suas competências tendo em vista a mestria.

No Guia Orientador de Boas Práticas da OE (OE, 2011) encontram-se recomendações de intervenções referentes à preparação para a alta:

- Promover a relação com os pais;
- Colher a informação necessária ao conhecimento (...) contexto familiar;
- Incentivar o papel parental durante a hospitalização;
- Avaliar a capacidade da família para entender a situação clínica da criança;
- Integrar e implicar os pais (..) nos cuidados e no planeamento da alta;
- Identificar necessidades de suporte social, económico e emocional da família;
- Ajudar os pais a identificar os recursos necessários e disponíveis na comunidade;
- Identificar com os pais a necessidade de reorganizar o espaço em casa;
- Identificar os equipamentos necessários à prestação de cuidados;
- Identificar as capacidades dos pais para a prestação de cuidados;
- Promover o desenvolvimento das competências dos pais;
- Ensinar, instruir e treinar os pais sobre todos os cuidados que vão prestar em casa;
- Ensinar, instruir e treinar os pais e a criança a usarem com segurança os equipamentos;
- Ensinar os pais a reconhecer sinais de alarme;
- Ensinar os pais (...) sobre precauções de segurança;
- Instruir e treinar os pais, quando se aplique, para medidas de emergência;
- Fornecer indicações escritas / plano de alta;
- Visita domiciliária de preparação da alta, se necessário (OE, 2011, pp. 76-77).

Na UCIN deste hospital central preconiza-se que a preparação para a alta englobe temas como: banho, pele, cordão umbilical, limpeza das vias aéreas, amamentação, aleitamento artificial, segurança, posicionamento, desenvolvimento infantil, choro, sono, diagnóstico precoce, vacinação, vinculação, parentalidade, transporte no automóvel, visitas de familiares e amigos, e problemas comuns do RN.

Rodrigues (2010) agrupou os cuidados ao RN em dimensões de competências parentais, para uma melhor compreensão dos cuidados:

- **Dimensão 1:** Prestar cuidados de higiene e conforto ao RN
- **Dimensão 2:** Alimentar o RN
- **Dimensão 3:** Sono e repouso do RN
- **Dimensão 4:** Temperatura do RN
- **Dimensão 5:** Proteção dos perigos relativamente ao RN
- **Dimensão 6:** Competências e desenvolvimento do RN

Apesar de existir na UCIN uma *check-list* que abrange estas dimensões das competências parentais, e que deve ser preenchida antes da alta, atualmente não está a ser distribuída a todos os pais ou é apenas distribuída minutos antes da alta como sendo um formalismo, o que não permite esclarecer de forma eficaz as dúvidas e ansiedades que os pais possam ter naquele momento.

No Guia de Boas Práticas da OE (OE, 2010) estão definidas recomendações transversais para os cuidados antecipatórios da alta em que os objetivos fundamentais são:

- *Garantir a qualidade e continuidade de cuidados à criança após a alta com um plano assistencial adequado às suas necessidades;*
- *Preparar a criança e família para a transição de cuidados e a adaptação aos novos processos de vida, promovendo a respetiva segurança e bem-estar;*
- *Assegurar a continuidade de cuidados prestados pela família, com estabilidade e qualidade, respeitando a individualidade desta;*
- *Proporcionar o cuidado individualizado à criança e família em ambiente seguro e favorecedor do desenvolvimento das respetivas necessidades globais e da majoração do desenvolvimento;*
- *Promover e garantir a vigilância da saúde da criança, apoiando a família ao longo do processo evolutivo;*
- *Promover a articulação aos vários níveis dos cuidados de saúde e redes de apoio social, otimizando os recursos da área assistencial (OE, 2010, p. 61).*

Tendo em consideração a fundamentação teórica apresentada e o facto de a documentação existente nesta UCIN não estar a ser entregue às famílias de uma forma eficaz e regular, nem haver nenhum documento que promova a documentação da aquisição das competências parentais, interativo, demonstra que a equipa não está tão desperta quanto deveria para a importância de um acolhimento eficaz na UCIN, promotor da parentalidade e dos cuidados centrados da família.

Também a não existência de formação atualizada no serviço na área da transição para a parentalidade na UCIN e a integração de diversos membros novos na equipa de enfermagem, pouco experientes, que não responde às necessidades de cuidados atuais torna pertinente este projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

5. PLANEAMENTO E PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES

5.1 Cronograma

Meses	Janeiro		Fevereiro
Dias	21 a 25	28 a 01	04 a 06
Auscultação da enfermeira chefe e da enfermeira orientadora do serviço, bem como chefes de equipa			
Apresentação da proposta de projeto à chefia e enfermeira orientadora			
Entrega de questionário informal aos enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica			
Revisão da norma de procedimento			
Discussão da norma de procedimento com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora			
Sessão de formação em serviço			
Reformulação da norma de procedimento			

5.2 Metodologia das atividades a desenvolver

Para a implementação de um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem é essencial que haja uma identificação prévia das necessidades de aprendizagem da equipa de enfermagem para que se possa identificar quais as situações passíveis de ser melhoradas (O'Shea, 2002).

Neste sentido considerei prioritário auscultar de forma informal a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, bem como os chefes de equipa, todos EEESIP com o intuito de perceber quais as necessidades de formação que sentiam, e se sentiam que esta era uma temática que merecia ser abordada. Para obter resultados mais ilustrativos dos conhecimentos dos enfermeiros especialistas em SIP da UCIN implementarei um questionário simples composto por questões que permitiam identificar os participantes, seguidas de questões abertas onde se pretende que comentem sobre temáticas relativas ao acolhimento, competências parentais e envolvimento nos cuidados, continuidade de cuidados na comunidade e a pertinência da visita domiciliária após a alta ou de um telefonema de *follow-up*.

Após a análise dos resultados recolhidos com o questionário será possível identificar as necessidades de aprendizagem da equipa de enfermagem, ao mesmo tempo que permitirá recolher subsídios para a reformulação da norma de procedimento do acolhimento na UCIN e promover o envolvimento da equipa de enfermagem na participação na sessão de formação (O'Shea, 2002).

6. VERIFICAR OS RESULTADOS

6.1 Avaliação das atividades desenvolvidas

O questionário elaborado para levantamento das necessidades formativas da equipa de enfermagem sobre as terapêuticas de enfermagem facilitadoras da transição para a parentalidade na UCIN e promotoras do regresso a casa atingiu os objetivos pré-estabelecidos. Dos 20 enfermeiros especialistas em SIP identificados, 18 responderam ao questionário distribuído o que se traduziu numa elevada participação (90%), o que permitiu fazer um diagnóstico alargado da situação e permitiu confirmar a pertinência da sessão de formação.

No que se refere à sessão de formação, num universo de 67 enfermeiros que poderiam assistir à sessão de formação, estiveram presentes 24 enfermeiros (36%) o que se traduz numa elevada taxa de participação. A sessão respeitou a estrutura planeada, os recursos utilizados revelaram-se adequados, assim como a duração da sessão foi respeitada. Também os objetivos definidos inicialmente foram atingidos na sua plenitude uma vez que se conseguiu criar um ambiente de discussão propício à partilha de opiniões. A disponibilização do guia de acolhimento impresso e compilado, apresentado num pack para que os elementos presentes pudessem consultar mostrou-se facilitador da divulgação da proposta.

A pertinência da formação para equipa de enfermeiros da UCIN foi corroborada pela percentagem que mostrou a aquisição de novos conhecimentos. A discussão criada após a apresentação foi um ponto positivo da sessão de formação que permitiu recolher dados por forma a melhorar a norma elaborada ao mesmo tempo que entusiasmou a equipa de enfermagem para a implementação de mudança no serviço.

Importa referir que o cronograma estabelecido foi cumprido no que se refere ao número de atividades a desenvolver no tempo definido. No entanto, só foi possível realizar a sessão de formação 4 dias após o término do estágio a pedido da chefia do serviço por estarem a decorrer outras formações de serviço na semana definida o que reduziria a afluência de pessoas à sessão de formação. Assim, uma vez que esta sessão de formação foi pensada como uma oportunidade de partilha e discussão com vista a apresentar a proposta de melhoria da qualidade, e uma vez que o campo de estágio decorreu no meu local de trabalho, após discussão com a professora orientadora, foi alterado o dia da apresentação.

Após a sessão de formação foi notória a sensibilização da equipa de enfermagem e o interesse em melhorar o processo de acolhimento da família na UCIN, envolvendo-os mais no cuidado. O guia de preparação do regresso a casa designado “*A caminho de casa...*”, que integra o kit de acolhimento foi visto como uma mais valia que integra os pais no seu percurso na UCIN e ao mesmo tempo permite perceber quais as competências que os pais já adquiriram e que ainda necessitam adquirir. Assim, quando os RN são transferidos dos cuidados intensivos para os cuidados especiais (espaço físico diferente com equipa de enfermagem diferente) não se perde informação sobre as competências já adquiridas.

A acrescentar que a equipa de enfermagem considera essencial que se implemente ou telefonema de follow-up após o regresso da família a casa e/ou a visitação domiciliária pela equipa de enfermagem da UCIN para dar continuidade aos cuidados. No entanto, a proposta de visitação domiciliária será uma temática a abordar no futuro pela equipa de enfermagem da UCIN em questão.

7. PROPOSTA DE MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

7.1 Proposta de intervenção futura

Ainda que exista uma norma para o acolhimento do RN e família, esta não reflete a filosofia de CCF uma vez que não acompanha o percurso das famílias desde a admissão à alta ou inclui um documento que dê evidência da aquisição das competências parentais permitindo-lhes antecipar o que é esperado deles.

A criação de um grupo de trabalho que inclua enfermeiros dos cuidados intensivos e cuidados especiais neonatais é essencial para dar continuidade a este programa, estando responsável por rever, atualizar e avaliar a norma implementada, fazendo as alterações que forem considerando necessárias. Deve promover a formação regular como forma de divulgar os resultados de novos estudos e a apresentação do feedback recolhido junto dos pais desde a implementação da norma.

Com o aval da chefia da UCIN e o interesse manifestado pela equipa de enfermagem em integrar um grupo de trabalho, importa identificar os elementos do grupo e estabelecer as estratégias de atuação. Sendo uma equipa de enfermagem grande é importante que todos os elementos da mesma se sintam sensibilizados para a entrega do kit de acolhimento, sentindo que deram um contributo para o desenvolvimento dos folhetos. Esta proposta apresentada irá ainda ser trabalhada e melhorada de forma a refletir melhor a visão de toda a equipa. No entanto, tendo em consideração os factos anteriores considero que esta proposta de intervenção tem criados os alicerces para se desenvolver.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmann, E. (1998). Examining assumptions underlying nursing practice with children and families. *Pediatric Nursing*, 23(5), 467-469. Disponível : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9832906>.
- Aloysius, A., Kharusi, M., Winter, R., Platonos, K., Banerjee, J. & Deierl, A. (2018). Support for families beyond discharge from the NICU. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(1), 55-60. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.11.013>.
- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In Canavarro, M. (Ed). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade (297-316)*. Coimbra: Quarteto.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi.
- Boundy, E., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., Fawzi, W., Missmer, S., Lieberman, E., Kajeepeta, S., Wall, S. & Chan G. (2016). Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 137(1). **Doi:** <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2238>.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brito, I. (2006). *O acolhimento e a hospitalização da criança pequena*. Lisboa: Instituto de apoio à Criança.
- Cleveland, L. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal Obstetric Gynecological Neonatal Nursing*, 37(6), 666-691. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x>.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto
- Dellenmark-Blom, M. & Wigert, H. (2014). Parents' experiences with neonatal home care following initial care in the neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 575-86. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/jan.12218>.
- Doca, F. & Costa Júnior, A. (2007). *Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão*, 17(37), 167-179. **Doi:** <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2007000200002>.

- Doyle, C. (2011) When delivery expectations change: the role nurses play in reducing parental stress. *Nursing for Women's Health*, 15(6), 465–469. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2011.01680.x>.
- Fägerskiöld, A., Wahlberg, V. & Ek, A. (2001). Maternal expectations of the child health nurse. *Nursing and Health Sciences*, 3(3), 139-147. **Doi:** <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2001.00081.x>.
- Ferreira, C. & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Revista Informar*. 30, 10-13.
- Franck, L., Cox, S., Allen, A. & Winter, A. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress, *Journal of Advanced Nursing*. 49(6), 608–615. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03336.x>.
- Góes, A. (1999). Avaliação de questões relacionadas ao atendimento da equipe em uma unidade de cuidados intensivos neonatais sob a perspectiva dos pais após a alta. In Wanderley, D. (Ed). *Agora eu era o rei - os entraves da prematuridade* (83-105). Brasil: Ágalma.
- Gonçalves, M., Castro, S., Maia, O. & Lopes, W. (1999). Os pais numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Informar*, 18, 26-28.
- Heerman, A., Wilson, M. & Wilhelm, P. (2005). Mothers in the NICU: Outsiders to partners. *Pediatric Nursing*, 31(3), 176-200. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16060580>.
- Heydarpour, S., Keshavarz, Z. & Bakhtiari, M. (2016). Factors affecting adaptation to the role of motherhood in mothers of preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *Original Research: Empirical Research – Qualitative*, 73(1), 138-148. **Doi:** <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jan.13099>.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª Ed.). Lisboa: Lusociência.
- Hockenberry, M. et al. (2006) *Enfermagem Pediátrica*. São Paulo: Elsevier Editora.
- Ingram, J., Powell, J., Blair, P., Pontin, D., Redshaw, M., Manns, S., Beasant, L., Burden, H., Johnson, D., Rose, C. & Fleming, P. (2015). Does family centred neonatal discharge planning reduce healthcare usage? A before and after study in South West England. *BMJ Open*, 6(3), e010752. **Doi:** 10.1136/bmjopen-2015-010752.

- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2016). *Estatística Demográficas 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=307957746&att_display=n&att_download=y.
- Janisse, H., Barnett, D., & Nies, M. (2009). Perceived energy for parenting: a new conceptualization and scale. *Journal of Child Family Studies*, 18(3), 312-323. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-008-9232-z>.
- Jiang, S., Warre, R., Qiu, X., O'Brien, K. & Lee, S. (2014). Parents as practitioners in preterm care. *Early Human Development*, 90(11), 781-785. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.08.019>.
- Lopez, G., Anderson, K. & Feutchinger, J. (2012). Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life. *Neonatal Network*, 31(4), 207-214. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22763247>.
- Martins, C., Abreu, W. & Figueiredo, M. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente Construído. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 121-131. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832014000200013&lng=pt&nrm=iss.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, H., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28. **Doi:** <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- O'Shea, K. (2002). *Staff Development Nursing Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica – Vol I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Vol. II*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEEESIP_VolII.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2013). *Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>.
- Ordem dos enfermeiros [OE]. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática. Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: OE.
- Ortenstrand, A. (2010). The Stockholm Neonatal Family-Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics*, 125(2), 278–285. **Doi:** <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1511>.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República II Série*, N.º 26 (06-02-2019), 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, N.º 133 (12-07-2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3a ed.). Porto: Edições Afrontamento
- Rodrigues, S. (2010). *Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências*. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Roque, S. & Costa, G. (2014). Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. *Millenium*, pp. 47-60.

- Shields, L., Pratt, J. & Hunter, J. (2006). Family-centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317-1323. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x>.
- Sims, D., Jacob, J., Mills, M., Fett, P. & Novak, G. (2006). Evaluation and development of potentially better practices to improve the discharge process in the NICU. *Pediatrics*, 118 (Supl. 2), 115-123. **Doi:** 10.1542/peds.2006-0913H.
- Sikorova, L. & Kucova, J. (2012). The needs of mothers to newborns hospitalised in intensive care units. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 156(4), 330–336. **Doi:** <https://doi.org/10.5507/bp.2011.046>.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP]. (2004). *Consensos Nacionais em Neonatologia*. Coimbra: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/201107201730-consensos_neonatologia__2004.pdf.
- Sousa, N., Araújo, A., Costa, Í., Carvalho, J. & Silva, M. (2009). Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2(62), 729–733.
- Toral-López, I., Fernández-Alcántara, M., González-Carrión, P., Cruz-Quintana, F., Rivas-Campos, A. & Pérez-Marfil, N. (2016). Needs Perceived by Parents of Preterm Infants: Integrating Care Into the Early Discharge Process. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), 99-108. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.09.007>.
- Umberger, E., MArch, Canvasser, J. & Hall, S. (2018). Enhancing NICU parent engagement and empowerment. *Seminars in Pediatric Surgery*, 27 (1), 19–24. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2017.11.004>.
- Vanderbilt, D., Bushley, T., Young, R. & Frank, D. (2009). Acute Posttraumatic Stress Symptoms Among Urban Mothers With Newborns in the Neonatal Intensive Care Unit: A Preliminary Study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(1), 50-56. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00004703-200902000-00008>.
- Vieira, A., Martins, C., Macedo, L. & Guerra, M. (2008). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura. *Servir* (56), 146-154.

- Vigod, S., Villegas, L., Dennis, C. & Ross, L. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 117(5), 540–550. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x>.
- Whittingham, K., Boyd, N., Sanders, M. & Colditz, P. (2013). *Parenting and Prematurity: Understanding Parent Experience and Preferences for Support*. New York, EUA: Springer Science.
- Wigert, H., Berg, M., & Hellström, A. L. (2010). Parental presence when their child is in the neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 139–146. **Doi:** <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00697.x>.
- Zanardo, V., Freato, F. & Zacchello, F. (2003). Maternal anxiety upon NICU discharge of high risk infants. *J. Reprod. Infant Psychol.* 21(1), 69-75. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0264683021000060093>.

**Apêndice I. Norma de procedimento –
Kit de acolhimento na UCIN**

Logo da instituição	Acolhimento do RN e família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	
---------------------	--	--

ASSUNTO	Acolhimento da família na UCIN
FINALIDADE:	Promover a transição saudável para a parentalidade na prematuridade segundo os princípios dos cuidados centrados na família.
DESTINATÁRIOS:	Equipa de enfermagem da UCIN
PALAVRAS-CHAVE:	Acolhimento e parentalidade

DATA DE APROVAÇÃO:	
---------------------------	--

Logo da instituição	Acolhimento do RN e família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	
---------------------	--	--

Conceitos:

➔ O nascimento de um bebê é gerador de ansiedade e adaptação (Martins, Abreu & Figueiredo, 2014). Se após o nascimento necessitar de internamento numa UCIN, os pais vêm-se confrontados com diversos desafios no desenvolvimento do seu papel parental. A ansiedade e medo dos pais são potenciados pelo desconhecido e pelos cuidados que o RN necessita pelo que a transferência do bebê imaginário para o bebê real não ocorre como idealizado, tornando a transição para a parentalidade mais vulnerável (Brazelton & Cramer, 1989; Toral-López et al., 2016).

➔ Transição é um conceito que assenta no pressuposto de que a mudança das condições pessoais e ambientais, despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel, nas expectativas ou nas capacidades de cada indivíduo, exige processos adaptativos a novas realidades, papéis e responsabilidades (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Shumacher, 2000; Silva, 2007).

➔ Um nascimento prematuro e o internamento na UCIN corresponde a um ponto crítico do processo transicional, com possíveis consequências negativas no processo de transição. Os pais veem a capacidade de cuidar do seu filho limitada, com sentimentos de culpa, medo, incerteza, solidão, frustração do sonho de ser pai/mãe, e alterações na sua perceção no papel de pais (Cruz, 2005; Sousa, Araújo, Carvalho & Silva, 2009).

➔ O modelo de Cuidados Centrados na Família assume o envolvimento da família como central para a saúde do RN pelo que as famílias são convidadas a participar na tomada de decisão, planeamento e prestação de cuidados do RN na medida que considerarem certa (Ahmann & Johnson, 2001; Shields, Pratt & Hunter, 2006). Uma maior participação dos pais na prestação de cuidados e um maior apoio no processo de preparação para a alta melhoram a confiança no papel parental e reduzem a ansiedade no momento da alta (Wigert, Hellström & Berg, 2010; Heydarpour et al., 2016).

Logo da instituição	Acolhimento do RN e família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	
---------------------	--	--

→ A utilização de ferramentas de planeamento de alta melhoram a comunicação entre os pais e os profissionais de saúde, facilitando a transição para o domicílio (Sim, Jacob, Mills, Fett & Novak, 2006). A UCIN de um hospital central em Londres desenhou um livro de preparação para a alta designado “*Steps to Home Passport*”, onde se baseia o guia de preparação do regresso a casa incluído no *kit de acolhimento* apresentado (Aloysius et al., 2018).

Admissão na UCIN:

Os RN podem ser admitidos na UCIN vindos do bloco de partos deste hospital central por parto programado ou urgente, transferidos dos cuidados intermédios ou do puerpério se houver um agravamento da sua situação de saúde ou transferidos de outros hospitais a nível nacional se necessitarem de cuidados intensivos neonatais diferenciados.

O acolhimento na UCIN começa no momento da admissão e tem como função preparar os pais para o percurso do seu filho na UCIN através da promoção da colaboração mútua (Goés, 1999);

Quando a equipa de enfermagem tem conhecimento do internamento do RN na UCIN deve:

- Escolher a incubadora/berço de acordo com as necessidades de cuidados e as vagas disponíveis;
- Preparar a unidade do RN de acordo com a patologia e as necessidades identificadas;
- Identificar o RN e colocar o seu nome na unidade;
- Elaborar o processo de enfermagem.

Logo da instituição	Acolhimento do RN e família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	
---------------------	--	--

Após a chegada do RN à UCIN, o enfermeiro deve acolher a família:


- Apresentar-se ao pai/acompanhante, referindo o seu nome;
- Demonstrar disponibilidade e escuta ativa;
- Demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e preocupações e para a expressão de sentimentos face ao internamento do RN;
- Fornecer informações sobre a situação clínica do RN;
- Promover o toque no RN;
- Promover que o pai/acompanhante tire uma fotografia ao RN;
- Informar sobre as regras de lavagem das mãos e onde guardar os pertences ao entrar na UCIN;
- Apresentar a UCIN, as regras de funcionamento e as normas de visita dos pais e familiares;
- Explicar as regras do serviço de Internamento de Pediatria, enfatizando normas de segurança e higiene necessárias;
- Explicar o material visível e a sua função;
- Fornecer o Kit de Acolhimento (guia de acolhimento, folheto amamentação e guia “A caminho de casa”), que pode ser entregue nos primeiros dias após a admissão;
- Compreender a função dos *polvinhos* e como os pais podem cuidar deles
- Incentivar os pais/cuidadores a participarem nos cuidados ao RN.


Kit de Acolhimento na UCIN:



Deve ser entregue aos pais na primeira semana e engloba folhetos em português e inglês, o que é promotor da parceria de cuidados e dos cuidados centrados na família, facilitando a transição para a parentalidade. Inclui:



1. Guia de admissão;
2. Folheto amamentação;
3. Guia de preparação do regresso a casa designado “*A caminho de casa*”..

1. Guia de admissão:

<p>REFEIÇÕES</p> <p>Um dos pais tem acesso gratuito ao refetório (piso 2), quando acompanha o bebé durante o internamento, nas seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none">- se estiver isento do pagamento de taxas moderadoras no SNS e permanecer o mínimo de 6hrs junto ao bebé. <p>Deve avisar a assistente técnica (durante a semana) ou a assistente operacional (fins-de-semana e feriados) até às 11h30 para almoçar e às 18h30 para jantar.</p> <p>HORÁRIO DE ALMOÇO: 12H00-12H45 ou 14h00-14h30</p> <p>SALA DE PAIS</p> <p>Para uso exclusivos dos pais de forma a que possam descansar de forma confortável. Localiza-se no corredor do piso 1, junto ao corredor das unidades neonatais e pode ser utilizado das 8h00 às 21h00, todos os dias da semana.</p> <p>EXTRAÇÃO DE LEITE MATERNO</p> <p>As mães dispõem de uma sala para poderem extrair leite para o seu bebé. Também o podem fazer junto às incubadoras. Pedir o <i>kit</i> de extração às assistentes operacionais.</p>	<p>SERVIÇO RELIGIOSO</p> <p>Pode ser solicitado apoio religioso, prestado pelo sacerdote católico de serviço. Os pais que professarem outra religião podem receber a respetiva assistência espiritual.</p> <p>REGISTO DE NASCIMENTO</p> <p>Deve ser efetuado após o nascimento, o mais breve possível. Efetua-se no piso 2, junto ao elevador das visitas, <u>segunda a sábado das 14h00 às 19h45</u>.</p> <p>OUTROS SERVIÇOS DISPONÍVEIS</p> <ul style="list-style-type: none">• Banco de leite Humano• Apoio à amamentação (961333730)• Apoio domiciliário• Assistente social• Psicóloga <p>ACESSOS:</p> <p>Metro: xxxxxxx</p> <p>Autocarros: xxxxxxx</p> <p>Se vier de carro, deve estacionar nos parques circundantes.</p>  <p>Obrigado!</p>	<p>GUIA PARA OS PAIS</p> <p>- NEONATOLOGIA -</p> <p>Serviço de Pediatria</p> <p>CONTACTOS:</p> <p>Unidade de Cuidados Intensivos: xxxxxxxx Unidade de Cuidados Intermediários: xxxxxxxx</p>
---	---	--


<p>A xxxxxxx existe desde 1932 e é uma das mais antigas do país. É um dos hospitais com mais partos por ano, cerca de 3500/ano.</p> <p>Na Unidade de Neonatologia existem 31 postos de internamento: 20 de cuidados intermédios e 11 de cuidados intensivos. São admitidas anualmente cerca de 900 recém-nascidos e doentes, sendo que cerca de 300 correspondem a prematuros (< 35 semanas).</p> <p>Recobemos bebés que nasceram na xxxxxx e que vêm de outros hospitais do país.</p> <p>Sabemos que um nascimento inesperado ou um nascimento com complicações é um momento stressante e que trás muitos medos. Por isso, toda a equipa de neonatologia sabe que este é um momento vulnerável e que vos trás ansiedade.</p> <p>Conscientes dessa dificuldade elaborámos este guia para seja mais fácil o vosso acolhimento e responder a algumas das vossas questões.</p> <p><i>Bem-Vindo!</i></p>	<p>Apesar de o vosso bebé estar internado e ao cuidado de uma grande equipa, os pais/cuidadores também são essenciais.</p> <p>O vosso bebé precisa do vosso toque, da vossa voz e da vossa presença.</p>  <p>A equipa médica e de enfermagem está presente e disponível 24hrs/dia. Cada bebé tem um médico e um enfermeiro responsável por turno.</p> <p>A informação clínica do vosso bebé deverá ser obtida, preferencialmente, através do médico ou enfermeiro no turno da manhã (8h-16). Porém, se necessário esclarecimentos a equipa está sempre presente.</p> <p>As informações telefónicas são fornecidas apenas aos pais e estão disponíveis 24h/dia.</p> <p>Se necessário, poderão ainda falar com o médico/enfermeiro responsável da unidade ou com a direção do serviço de pediatria.</p>	<p>VISITAS</p> <ul style="list-style-type: none">• Os pais podem permanecer junto ao bebé 24 horas/dia e não são considerados visitas.• Os bebés podem ter diariamente a visita de 2 pessoas, entre as 16h30 e as 17h30, sempre acompanhadas por um dos pais. Máximo de pessoas junto ao bebé: 2 (duas).• Entrada das visitas (16h30 às 17h30)• Entrada dos pais (noutro horário) <p>Os pais deverão solicitar à assistente operacional uma chave do caçofo, onde deverão guardar os seus pertences (casacos e malas), antes de lavar as mãos à entrada da unidade. A chave deve ser sempre devolvida no final da visita.</p> <p><u>Se os pais ou visitas do bebé estiverem doentes, constipados ou com febre devem contactar o enfermeiro antes de entrar na unidade.</u></p>
--	---	--

<p>MEALS</p> <p>One of the parents has free access to the canteen (2nd floor), if you accompany your baby during their hospital stay:</p> <ul style="list-style-type: none"> - if you are a free user of the national health system (don't pay fees) and stay with your baby for a minimum of 8hrs a day. <p>You should inform the ward clerk (during week days) or the health care assistant (during weekends) until 11h30 for lunch and 18h30 for dinner.</p> <p><u>LUNCH SCHEDULE:</u> 12h00-12h45 or 14h00-14h30</p> <p>PARENT'S ROOM</p> <p>For exclusive use of parents so that they can rest in a comfortable space. It is located on the 1st floor, near the entry of the neonatal units and can be used between 08h00 and 21h00, during weekdays.</p> <p>MILK EXTRACTION</p> <p>Mums have a separate room so they can express milk for their baby. They can also do it by the incubator. Ask for the expressing kit to one of the health care assistants.</p>	<p>RELIGIOUS SUPPORT</p> <p>Religious support can be requested, and is provided by a catholic chaplain. If parent have a different religion can arrange their own religious or spiritual support - inform the nursing team beforehand.</p> <p>BIRTH REGISTRATION</p> <p>You should register your child's birth as soon as possible after birth. You can do that on the 2nd floor, near the lift, Monday to Saturday from <u>14h00 to 19h45</u>.</p> <p>OTHER SERVICES AVAILABLE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Milk bank • Breastfeeding support (961333730) • Home support • Social Worker • Psychologist <p>TRANSPORTATION:</p> <p>Tube: xxxxxxxx Busse: xxxxxxxx</p> <p>If you are driving by car, you should find a parking space nearby.</p>  	<hr/> <h2 style="text-align: center;">PARENT'S GUIDE TO THE NEONATAL UNIT</h2> <p style="text-align: center;">Pediatric Department</p> <p>TELEPHONE NUMBER S:</p> <p><u>Intensive Care Unit:</u> xxxxxxxx <u>Special Care Unit:</u> xxxxxxxx</p>
---	--	---

<p>The xxxxxxxx was founded in 1932 and is one of the oldest maternities in Portugal. It is one of the hospitals with more deliveries yearly, about 3500/year.</p> <p>In the Neonatal Unit there are 31 cots: 20 special care cots and 11 intensive care cots. Yearly there are around 900 admissions of newborn and sick patients to MAC, of which around 300 are premature births (< 35 weeks).</p> <p>We admit babies born both in xxxxx and from other parts of the country and require specialized medical care.</p> <p>We are aware that a premature and unexpected birth with medical complications is a stressful moment for families and is accompanied by fears. Therefore, all the team in the neonatal unit knows this is a vulnerable moment when you are feeling anxious and lost.</p> <p>Because of that we designed the admission guide to make your stay easier and to answer some of your questions.</p> 	<p>Although your baby is in the hospital and is being looked after by a big team, parents/carers are also essential.</p> <p>Your baby needs your touch, to listen your voice and your presence.</p>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Both the medical and nursing team are available 24hrs. Each baby has a designated nurse and doctor each shift. • Clinical information should preferably be given to you by a doctor or nurse in the morning shift (08h00-16h00). However, if required, there is always someone to clarify your questions. • Informations by phone are only given to parents and are available 24h/day. • If necessary you can request to speak with the medical or nursing director or any other member of the hospital board. </div>	<p>VISITING POLICY</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parents are not visitor and can stay by the incubator/cot side 24hrs/day. • Babies can have 2 visitors per day, between 16h30 and 17h30, always accompanied by one of the child's parents. Maximum 2 (two) people by the cot side. • Visitors entrance (16h30 to 17h30) • Parents entrance (other schedule) <p>Parent's should request a locker's key to the healthcare assistant, where you should keep your belongings (coats and handbags), before you wash your hands and enter the unit. You should always give the key back before leaving the unit.</p> <p><u>If parents or visitor are sick, with a cold or flu, or have fever you should inform the nurses before entering the unit to visit you baby.</u></p>
---	---	---

2. Folheto amamentação:

<p>SE EXTRAIR LEITE NA UNIDADE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pode extrair leite junto à incubadora ou numa sala à parte. • Pedir o kit de extração e frascos de vidro à assistente operacional, identificá-los devidamente, e entregar à enfermeira responsável pelo seu bebé. <p>DESCONGELAÇÃO DO LEITE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descongelar o leite gradualmente, na prateleira do frigorífico. • Depois de completamente descongelado, o leite materno pode ser mantido à temperatura ambiente durante o máximo de 2 horas, ou no frigorífico durante até 24 horas. • Não descongelar em "banho-maria" ou no micro-ondas por poder alterar as propriedades do leite. • Nunca voltar a congelar leite descongelado! • Não se pode reaquecer leite depois de já ter sido aquecido anteriormente. <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>NOTA IMPORTANTE:</p> <p>⇒ É essencial que a extração seja feita o quanto antes após o parto</p> <p>⇒ A mama deve ser estimulada de 3/3 horas cerca de 15-20 minu-</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>CONTACTOS DISPONÍVEIS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Urgência : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx • Neonatologia xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx • Neonatologia: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx • Apoio à Amamentação: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx • SOS Amamentação: 213 880 915 </div>	<h1>O ALEITAMENTO MATERNO NA NEONATOLOGIA</h1> <p>Exatção, Armazenamento e Transporte</p> <p>Serviço de Pediatria</p>
--	--	---

<p>O aleitamento materno é considerado o tipo de alimentação ideal para os recém-nascidos de termo saudáveis e para os recém-nascidos pré-termo ou com patologia.</p> <p>O leite humano é um alimento vivo, completo e natural, com múltiplas vantagens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os bebés prematuros têm tratos gastrintestinais imaturos, o que pode provocar dificuldades na digestão e absorção de nutrientes. O seu leite materno contém enzimas que ajudam a digestão do seu bebé. • O seu leite materno inclui agentes protetores que podem ajudar a prevenir condições sérias às quais o seu bebé prematuro está suscetível: infeções graves, retinopatia da prematuridade (que pode provocar a perda de visão) e displasia bronco pulmonar (uma doença pulmonar crónica). • Quanto mais leite materno o seu bebé receber, menor o seu risco de doença. <p><u>O leite materno é tão importante para os bebés prematuros que, se as próprias mães não conseguirem, por alguma razão, dar-lhes leite suficiente no início, eles podem ser alimentados com leite doado por outras mães, em vez de leite de fórmula.</u></p> <p>CONTE COM O NOSSO APOIO PARA A AJUDAR A EXTRAIR LEITE!</p>	<p>CUIDADOS DE HIGIENE PESSOAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavagem das mãos antes e depois de cada extração de leite e manipulação dos materiais. • Cuidados de higiene diária. <p>CUIDADOS HIGIENE DOS MATERIAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os materiais utilizados (peças das bombas e recipientes) devem ser lavados com água e detergente, passados por água corrente após a utilização; • Seguidamente, devem ser fervidos cerca de 10 minutos (certificar-se que os materiais ficam submersos) e deixar secar OU esterilizador. <p>LOCAL DE EXTRAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O local onde vai extrair o leite deve ser tranquilo, limpo e onde esteja confortável e descontraída. • Procure fazer a extração do leite perto do seu bebé ou tendo perto de si uma fotografia, vídeo ou peça de roupa dele. • Na unidade pode solicitar uma bomba e extrair ao lado da incubadora. Se preferir existe uma sala à parte, na unidade. <p>MÉTODOS DE EXTRAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extração manual • Extração com bomba manual • Extração com bomba elétrica <p>Antes de extrair o leite, pode massajar, suavemente a mama com os nós dos dedos, ou levemente com as pontas dos dedos, em movimentos circulares e também em volta da aréola na direção do mamilo.</p> 	<p>SE EXTRAIR LEITE EM CASA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve recolher o leite para sacos plásticos próprios ou frascos/biberões de vidro, limpos; • Identificar os recipientes com a hora e data de extração; • O primeiro leite a ser utilizado deve ser sempre o mais antigo. • Enquanto o seu bebé estiver internado deve congelar o leite recolhido, imediatamente após a extração. <p>COMOTRANSPORTAR O LEITE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve usar sacos ou bolsas térmicas, com gelo ou placas de gelo para manter o leite congelado. • Entregar o leite ao enfermeiro responsável pelo seu bebé à chegada à unidade. <p>COMO CONSERVAR/ ARMAZENAR:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Local de armazenamento</th> <th style="text-align: left;">Validade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Temperatura ambiente</td> <td>2 horas</td> </tr> <tr> <td>Frigorífico</td> <td>48 horas</td> </tr> <tr> <td>Congelador (no frigorífico)</td> <td>3 meses</td> </tr> <tr> <td>Congelador (arca)</td> <td>6 meses</td> </tr> <tr> <td>Leite descongelado (dentro do frigorífico)</td> <td>24 horas</td> </tr> </tbody> </table>	Local de armazenamento	Validade	Temperatura ambiente	2 horas	Frigorífico	48 horas	Congelador (no frigorífico)	3 meses	Congelador (arca)	6 meses	Leite descongelado (dentro do frigorífico)	24 horas
Local de armazenamento	Validade													
Temperatura ambiente	2 horas													
Frigorífico	48 horas													
Congelador (no frigorífico)	3 meses													
Congelador (arca)	6 meses													
Leite descongelado (dentro do frigorífico)	24 horas													

IF YOU ARE EXPRESSING MILK IN THE NEONATAL UNIT:

- You may express milk by the incubator or in a separate available room.
- You can ask the expressing kits and bottle to the health care assistant, identify them with date and time, and hand them in to the nurse looking after you baby.

DEFROST HUMAN MILK

- You should defrost your milk slowly, on the fridge shelf.
- Once it is completely defrost, it can be kept in room temperature for a maximum of 2 hours and in the fridge up to 24 hours.
- Do not defrost it in warm water or in the microwave as it can alter the milk properties.
- You should never freeze the milk again once it has been defrost!
- You should not re-warm the milk if not used.

IMPORTANT:

- ⇒ It is essential that milk extration starts as soon as possible after birth.
- ⇒ Your breast should be stimulated every 3 hours for about 15–20 minutes each.

AVAILABLE PHONE NUMBERS:

• **Emergency department:**

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

• **Neonatal unit:**

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

• **Neonatal unit:**

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

• **Breastfeeding support group:**

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

• **SOS Amamentação:**

213 880 915

BREAST MILK IN THE NEONATAL UNIT

Express, Storing and Transporting milk

Pediatric Department

Breast milk is considered the ideal food for both healthy term newborns and preterm babies or babies born with a clinical condition.

Human milk is a living, complete and natural food, full of advantages:

- Babies born prematurely have an immature gut which may lead to digestion and absorption difficulties. Your milk contains enzymes that help the digestion of your baby, making it easier.
- Breast milk contains protective agents which may help prevent serious medical conditions your premature baby is more susceptible of: serious infection, retinopathy of prematurity (that can cause vision loss) e bronchopulmonary dysplasia (a chronic disease).
- The more breast milk your baby receives, the more protected he is against diseases.

Human milk is so important for preterm babies that if their mums, for multiple reasons, cannot produce enough of it in the beginning, they can still be fed with donated human milk instead of formula milk.

WE ARE HERE TO SUPPORT YOU WITH EXTRACTING YOUR MILK!!

PERSONAL HYGIENE CARE:

- Handwashing before and after milk expression and handling the needed materials.
- Every-day personal hygiene care.

CLEANING MATERIALS IN USE:

- Every components used for milk expression (pump components and containers) should be washed with soap and water, and rinsed afterwards under running water;
- Next you can put all the components in boiling water for about 10 minutes to sterilize them OR you can use a sterilizer.

WHERE TO EXPRESS MILK:

- You should be a quiet, clean and comfortable space where you feel relaxed.
- Try to express milk near your baby or if not possible try to look at a picture or a video of him. Having a piece of his clothes with you can also be helpful.
- In the neonatal unit you can express your milk by the incubator or in a separate room, if you wish.

BREAST EXPRESSING METHODS:

- Hand expression
- Manual pump
- Electric pump

Before you use the pump you can hand massagen, softly, your breast with the hand knots or your fingers, in circular movements including around the areola, towards the nipple.



IF YOU EXPRESS MILK AT HOME:

- You should store your milk in appropriate bags for milk storage or clean glass bottles;
- Label the containers with date and time the milk was expressed;
- The first milk being used should always be the older.
- While the baby is in the neonatal unit you should freeze your milk as soon as possible after you expressed it.

HOW TO TRANSPORT HUMAN MILK:

- You should use cooling bags to keep the milk frozen during your trip to the hospital
- Hand in the expressed milk to the nurse looking after your baby when arriving at the neonatal unit.

STORE HUMAN MILK:

Storage guidelines	Time
Room temperature	2 hours
Fridge	48 hours
Freezer (in the fridge)	3 months
Vertical freezer	6 months
Defrost milk (stored in the fridge)	24 hours

3. Guia de preparação do regresso a casa designado “A caminho de casa”:

O caminho para casa começa aqui....

AS NOSSAS PEGADAS....

De: _____ Nasci dia: _____

Primeiros dias
após o nascimento



Alimentar o bebé e
extrair leite



Toque e conforto



Conhecer o meu
bebé



Amamentar/
alimentação artificial



Cuidar do meu bebé



Graduados!!



INTRODUÇÃO

A equipa de Neonatologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa quer que se sintam bem-vindos e acolhidos na Unidade de Cuidados Intensivos e Cuidados Especiais Neonatais da maternidade.

Sabemos que um nascimento inesperado ou um nascimento com complicações é um momento stressante, emotivo e que traz muitos medos para os pais e família.

Por isso, toda a equipa de neonatologia sabe que este é um momento vulnerável e que vos traz ansiedade. Não conhecem o espaço, não conhecem os profissionais que aqui trabalham, existem muitos sons e máquinas estranhas e, não sabem o que devem e não devem fazer.

Apesar de o vosso bebé estar internado e ao cuidado de uma equipa multidisciplinar, os pais/cuidadores também são parte dessa equipa e também podem participar nos cuidados e esclarecer todas as dúvidas e medos que tiverem.

A equipa da Neonatologia está aqui para vos ajudar neste percurso!

Por isso criámos este guia:

- para vos ajudar a compreender o percurso do vosso bebé;
- Para que saibam o que esperamos de vocês;
- Para que se possam preparar melhor para o regresso a casa;
- Para que possam guardar o percurso do vosso bebé e momentos especiais que queiram registar;

A nossa família....

Nome do bebé		Idade gestacional		Peso nascimento
Nome da mãe:		Gostaria que me chamassem:		Língua falada:
Acompanhante (relação):		Gostaria que me chamassem:		Língua falada:
Irmãos e irmãs (idades)				
Morada:			Contactos:	

Curiosidades:



PRIMEIROS DIAS APÓS O NASCIMENTO

Dicas que o podem ajudar a familiarizar-se com a unidade de neonatologia	Realizado	Data/ Ass. pais	Data/ Ass. Enf.
Conhecer a equipa de admissão.			
Tirar uma fotografia ao bebé.			
Conhecer as regras de lavagem das mãos e onde guardar os pertences antes de entrar na unidade.			
Receber o kit de admissão com informação importante para a permanência na unidade.			
Receber informação do estado clínico do bebé.			
Conhecer a unidade, espaços de pausa, sala dos pais e WC.			
Conhecer os equipamentos que possam circundar o seu bebé.			
Conhecer as regras de visita da unidade.			
Conhecer as rotinas da unidade.			
Receber os folhetos informativos pertinentes.			
Compreender a função dos <i>politrubos</i> e como os pais podem cuidar deles.			

Competente: _____

ALIMENTAR O BEBÉ E EXTRAIR LEITE

O leite materno é o mais adequado para o vosso bebé. Mas a amamentação é sempre uma escolha, negociada.	Realizado	Data/ Ass.pais	Data/ Ass. Enf.
Perceber a importância do aleitamento materno.			
Perceber a importância de estimular a mama nas primeiras horas após o parto, manualmente ou com bomba elétrica.			
Frequência de estimulação da mama: 8-10 vezes/dia (3/3hrs) e <u>uma vez entre as 02h e as 04h.</u>			
Saber extrair o leite com a bomba elétrica.			
Saber conservar e identificar o leite.			
Cuidados a ter com as mamas			
Compreender o benefício do kanguru para a produção de leite.			
Auxiliar a alimentar por sonda, se pertinente.			
Compreender o benefício da sucção não-nutritiva ou na mama durante a alimentação por sonda gástrica.			
Compreender a importância e a disponibilidade de leite materno de dador na MAC.			

Competente: _____

TOQUE E CONFORTO / CONHECER O VOSSO BEBÉ

	Realizado	Data/ Ass. pais	Data/ Ass. Enf.
Saber conter o vosso bebé e calmá-lo, saber o seu comportamento habitual e participar nos cuidados vai ajudar-vos a preparar-vos para regressarem a casa. O toque dos pais é muito importante para o bebé.			
Planear o dia de forma a poderem estar presentes para os cuidados: negociar com a equipa de enfermagem.			
Compreender a importância do sono para o bebé prematuro.			
O toque e a contenção são formas de conhecer o vosso bebé: saber como tocar o bebé, deixando agarrar o dedo.			
Canguru pelo menos 1-2hrs/dia, ajuda a conhecer o vosso bebé, a que se sintam mais próximo dele, ajuda a produção de leite e as defesas do bebé, ajuda a que reconheça o vosso cheiro e toque.			
Enquanto não pode comer por boca podem dar umas gotas de leite materno na chucha para uma experiência oral positiva.			
Auxiliar no banho, nas mudanças de fralda, na massagem, no posicionamento, ajuda-vos a estar perto do vosso bebé. A equipa de enfermagem pode ajudar-vos.			
Conhecer o vosso bebé é essencial: filem para ele, cantem para ele, leiam, reconheçam a sua personalidade e estado habitual.			

Competente: _____

AMAMENTAR / ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL

Possivelmente o vosso bebé já estará na unidade de cuidados especiais...

.... mais perto de casa

	Realizado	Data/ Ass. pais	Data/ Ass. Enf.
Uma alimentação adequada é importante para o crescimento saudável do bebé.			
Reconhecer quando o bebé tem fome.			
Identificar a frequência com que o bebé deve mamar.			
Estar presente para alimentar o bebé.			
Identificar o correto posicionamento na mama: pega adequada e eficaz.			
Saber alimentar o bebé por biberon (preenchimento da tetina com leite, colocação para eructação e posicionamento).			
Preparação de leite adaptado e esterilização de biberons e tetinas.			
Conservação de leite (se extrair leite materno).			
Saber identificar se o bebé ficou com fome: não dorme, chora, <u>fraldas secas</u> , não aumenta de peso.			
Pai ou acompanhante sabe alimentar o bebé e preparar leite.			

Competente: _____

CUIDAR DO VOSSO BEBÉ

	Realizado	Data/ Ass. pais	Data/ Ass. Enf.
Já se estão a preparar para casa por isso é importante serem autónomos a cuidar do vosso bebé. A equipa de enfermagem continua a ajudar e responder às dúvidas.			
Registrar o bebé no centro de saúde.			
Frequentar as <i>Conversas com os pais</i>			
Preparar a casa: ovo, berço, roupa, fraldas. Se tiver dúvidas ou precisar de apoios pergunte à equipa de enfermagem.			
Mudar a fralda.			
Dar banho.			
Cuidados à pele: limpeza do coto umbilical, cremes hidratantes e de mudança da fralda.			
Vestir o bebé. Saber escolher peças de roupa adequadas à temperatura.			
Massagem abdominal.			
Posicionar o bebé.			
Medidas anti refluxo.			
Sono e repouso do bebé: síndrome de morte súbita e como evitar.			
Prevenção de acidentes em casa.			
Sinais de alerta do bebé: febre, não comer, pouco reativo.			
Métodos de transporte.			
Saídas de casa e visitas.			

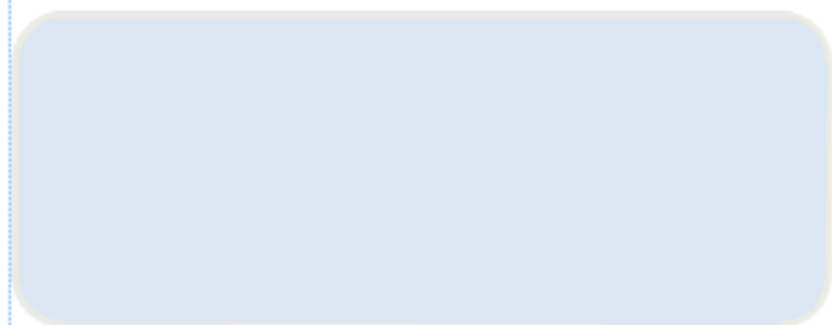
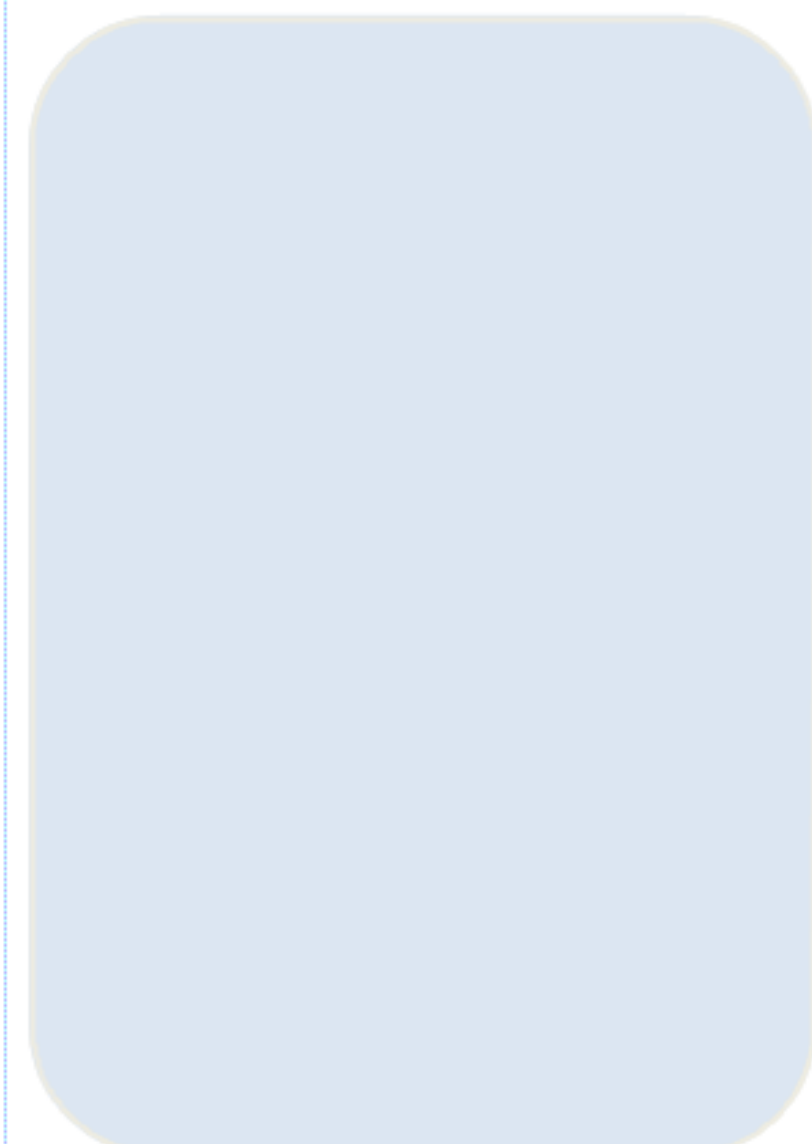
Competente: _____

REGRESSAR A CASA: GRADUADOS!!

	Realizado	Data/ Ass. pais	Data/ Ass. Enf.
Parabéns!! A última etapa chegou: vão poder todos regressar a casa.			
Últimas verificações:			
Último peso e medições			
Rastreio auditivo.			
Vacina VHB (se aplicável).			
Identificado pediatra privado ou pediatra no centro de saúde.			
Entrega do boletim de vacinas/ boletim individual de saúde.			
Diagnóstico precoce.			
Administração de vitaminas e medição oral, se aplicável.			
Prescrição de medicação que fará no domicílio.			
Transporte no automóvel: teste da cadeira do automóvel.			
Manobra de desengasamento.			
Nota de alta médica e de enfermagem.			
Plano da alimentação para casa.			
Consultas de seguimento após a alta: • neonatologia • desenvolvimento			
Esclarecimento de dúvidas			

DATAS IMPORTANTES.....

Abri os olhos a primeira vez:		Primeira vez que segurei o dedo dos pais:		Primeiro cocó:	
Primeiro banho:		Primeiro choro:		Primeira vez que vi os pais:	
Primeira massagem:		Primeira história:		Primeiro leite:	
Primeiro colo:		Primeira visita:		Primeira prenda:	
Mudei de casa:		Já respiro sozinho:		Já como sozinho:	
Primeira vez que fui à mama:		Primeiro biberon:		Primeira vacina:	

OUTRAS DATAS:**O NOSSO DIÁRIO**

CONTACTOS ÚTEIS:

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	xxxxxx000x
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais	xxxxxx000x
Saúde 24	xxxxxx000x
SOS amamentação (10h-18h)	xxxxxx000x
Grupo de apoio à amamentação	xxxxxx000x

INFORMAÇÃO ADICIONAL E FONTES DE SUPORTE ONLINE:

- SOS Associação portuguesa de apoio ao bebé prematuro: <http://www.sos-prematuros.com/>
- The European Foundation for the Care of Newborn Infants : <http://www.efcni.org/> (inglês)
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia: <https://www.spneonatologia.pt/spn/presentation/>
- SOS Préma: <https://www.sosprema.com/page/173781-accueil> (francês)
- Bliss: <https://www.bliss.org.uk/> (inglês)
- Asociación Valenciana de Padres de Niños Prematuros: <http://www.avaprem.org/index.html> (espanhol)
- Premature babies: <https://www.aboutkidshealth.ca/PrematureBabies> (inglês)
- Kangaroo mother care: <http://kangaroomothercare.com/> (inglês)



**VENHAM
VISITAR-NOS!!!**

**Apêndice XII – Sessão de formação: terapêuticas de enfermagem
facilitadoras da transição para a parentalidade na unidade
de cuidados intensivos neonatais**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

SESSÃO DE FORMAÇÃO

**TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM FACILITADORAS DA
TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS**

Discente: Daniela Nunes, nº 8377

Docente orientador: Professora Doutora M^a Teresa Magão

Lisboa, Fevereiro 2019

1. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE

O planeamento desta sessão de formação em contexto de trabalho, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

O processo de diagnóstico da pertinência desta temática para o serviço teve duas etapas fundamentais. Inicialmente, auscultei a enfermeira chefe de serviço, a enfermeira orientadora e a professora orientadora de forma a validar a pertinência de uma proposta de melhoria de qualidade no processo de admissão e preparação para o regresso a casa das famílias admitidas à UCIN.

Tendo em consideração os destinatários desta sessão de formação, a equipa de enfermagem, procurei, que esta surgisse como uma estratégia de atualização em contexto de trabalho de uma forma dinâmica, envolvendo todos os intervenientes¹. Neste sentido, após obter a autorização da enfermeira chefe do serviço, elaborei um questionário simples (apêndice 1) que foi aplicado aos chefes de equipa e/ou enfermeiros especialista da UCIN, de forma a realizar um diagnóstico das necessidades formativas nesta área de conhecimento, num total de 20 pessoas identificadas.

Os resultados obtidos vieram confirmar a pertinência da sessão de formação, ao revelar que dos 18 enfermeiros que responderam aos questionários (90% dos enfermeiros especialistas e chefes de equipa identificados), 83% afirmaram que a preparação para a alta deve ter início na admissão e 17% afirmaram que só deve começar quando o recém-nascido está mais estável. Ainda de referir que apesar de 72% dos enfermeiros questionados terem respondido que consideram que a admissão na UCIN é adequada, estes deram diversas sugestões de melhoria tais como: a melhoria da comunicação com os pais, a realização de uma visita ao serviço de materno-fetal antes da admissão e falar com futuros pais de prematuros, a realização de um acompanhamento mais individualizado às famílias ao longo do internamento ou a criação de uma norma de acolhimento, bem como a uniformização deste procedimento, incluindo um guia de admissão mais completo.

Neste sentido, 78% dos questionados afirma a pertinência de um guia de admissão e acolhimento que acompanhe as famílias durante o internamento. De salientar que 100% dos questionários obtidos salientam a importância de visita domiciliária após a alta,

¹ Dias, J. (2004). *Formadores que desempenho?*. Loures: Lusodidacta.

demonstrando que a equipa está desperta para essa necessidade como uma forma de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, referem que a articulação com a comunidade no pós-alta é ineficiente, pelo que foi apresentada uma proposta de melhoria dessa articulação, nomeadamente com telefonema de follow-up após a alta e visita domiciliária, como parte integrante do planeamento da alta na UCIN. Neste sentido, foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos para a sessão de formação:

Objetivo Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do planeamento do regresso a casa desde o momento da admissão e da importância do follow-up pós-alta.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de a preparação para o regresso a casa se iniciar aquando da admissão na UCIN;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a transição para a parentalidade numa situação de parto prematuro;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da parceria de cuidados e dos cuidados centrados na família;
- Apresentar as estruturas que acompanham as famílias após a alta existentes no centro hospitalar;
- Apresentação a proposta melhoria do kit de admissão na UCIN (folheto admissão, folheto de apoio à amamentação, guia de preparação do regresso a casa “*As nossas pegadas*”);
- Promover a reflexão sobre a prática de cuidados na UCIN.

2. PLANEAMENTO

O planeamento da sessão (apêndice 2) foi elaborado de acordo com as normas do Centro Hospitalar, após ter sido discutido com a professora orientadora e enfermeira orientadora. A divulgação da sessão foi realizada informalmente através da afixação de um aviso de formação na sala de enfermagem, procedimento habitual na UCIN.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, e selecionados artigos de evidência científica preferencialmente dos últimos 10 anos sobre

o tema, de forma a compilar informação científica e atual que sustentasse a apresentação. Após leitura e análise desse material, elaborou-se a apresentação em *PowerPoint* (apêndice 3).

Foi, ainda, apresentada a proposta do kit de acolhimento na UCIN, que engloba o guia de acolhimento para as famílias e que foi introduzida no apêndice XVI deste relatório de estágio com o intuito de dar um contributo para um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na UCIN onde exerço funções. Este kit de admissão engloba um guia para os pais em português e inglês, um guia de apoio à amamentação em português e inglês, e a proposta de guia da promoção do regresso a casa “*As nossas pegadas*”.

Os principais destinatários da sessão foram os elementos da equipa de enfermagem da UCIN que pudessem estar presentes. No entanto, a informação e o kit de admissão ficou disponível para consulta da restante equipa de forma a que pudessem dar feedback sobre o trabalho apresentado.

3. EXECUÇÃO

A sessão decorreu na sala de enfermagem da UCIN, a 14 de Fevereiro de 2019, com uma duração de cerca de 1 hora. Os métodos pedagógicos utilizados foram o expositivo e o participativo (discussão/reflexão).

Apesar de o período de estágio ter terminado dia 10 de Fevereiro foi escolhida esta data para apresentação da sessão de formação a pedido da chefia do serviço por haverem formações de serviço na semana anterior, o que reduziria a afluência de pessoas à sessão de formação. Assim, uma vez que esta sessão foi pensada como uma oportunidade de partilha e discussão com vista à melhoria da qualidade de cuidados prestada, e uma vez que o campo de estágio decorreu no meu local de trabalho, após discussão com a professora orientadora, acedi à mudança no dia da apresentação.

Apresenta-se abaixo o plano da sessão de formação, estando a apresentação em *PowerPoint* que serviu de suporte à realização desta atividade no apêndice 3.

Fases da Sessão	Métodos pedagógicos	Recursos Materiais	Tempo
Introdução: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do tema da sessão. 	Expositivo	Projektor	5 mins
Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Importância das terapêuticas promotoras do regresso a casa; ▪ Transição para a parentalidade na prematuridade; ▪ Parceria de cuidados em neonatologia; ▪ Apresentar as estruturas que acompanham as famílias após a alta, existentes no centro hospitalar; ▪ Apresentação a proposta melhoria do kit de admissão na UCIN; ▪ Proposta de implementação futura. 	Expositivo Interativo	Projektor Kit de admissão	45 min
Conclusão: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese das principais ▪ Discussão ▪ Avaliação da sessão 	Interrogativo Interativo	Projektor Questionário de avaliação da formação	10 min

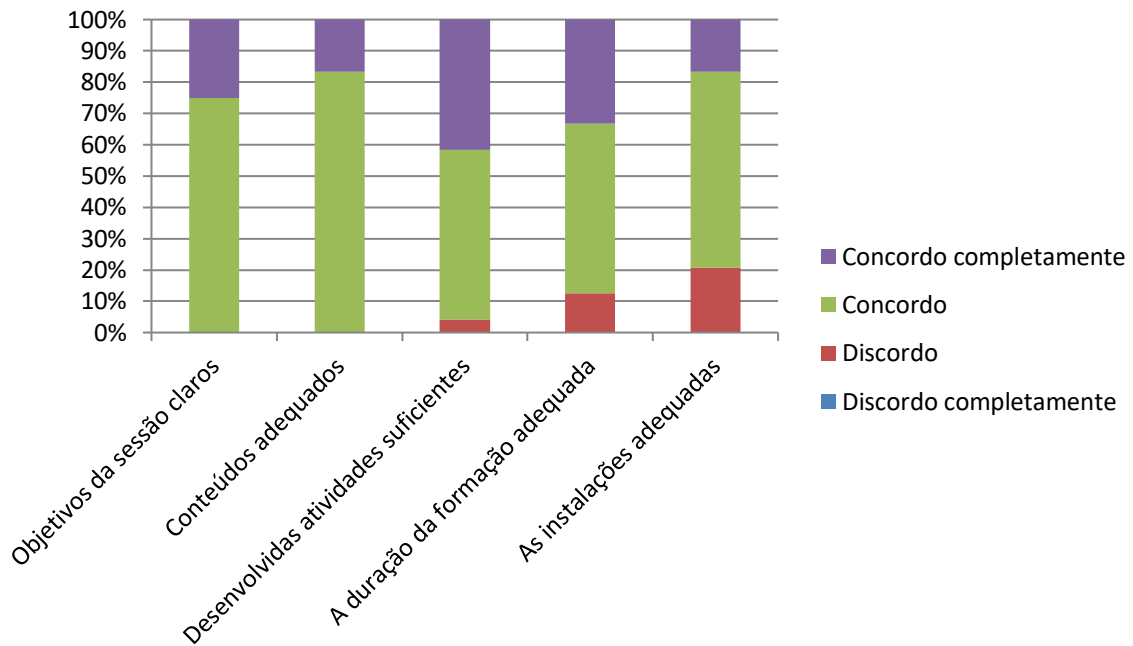
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Num universo de 67 enfermeiros que poderiam assistir à sessão de formação (excluídos os que estavam de qualquer tipo de licença e eu própria para a contagem), estiveram presentes sessão que decorreu após a passagem de turno 24 enfermeiros e estudantes de enfermagem. Assim, estiveram presentes 36% dos enfermeiros da UCIN, o que se traduz numa elevada taxa de participação. A sessão respeitou a estrutura planeada, os recursos utilizados revelaram-se adequados, assim como a duração da sessão foi respeitada. Também os objetivos definidos inicialmente foram atingidos na sua plenitude uma vez que se conseguiu criar um ambiente de discussão propício à partilha de opiniões. Também a disponibilização do guia de acolhimento impresso na totalidade e apresentado num pack para que os elementos presentes pudessem consultar mostrou-se facilitador da divulgação da proposta apresentada uma vez que puderam folhear estes documentos.

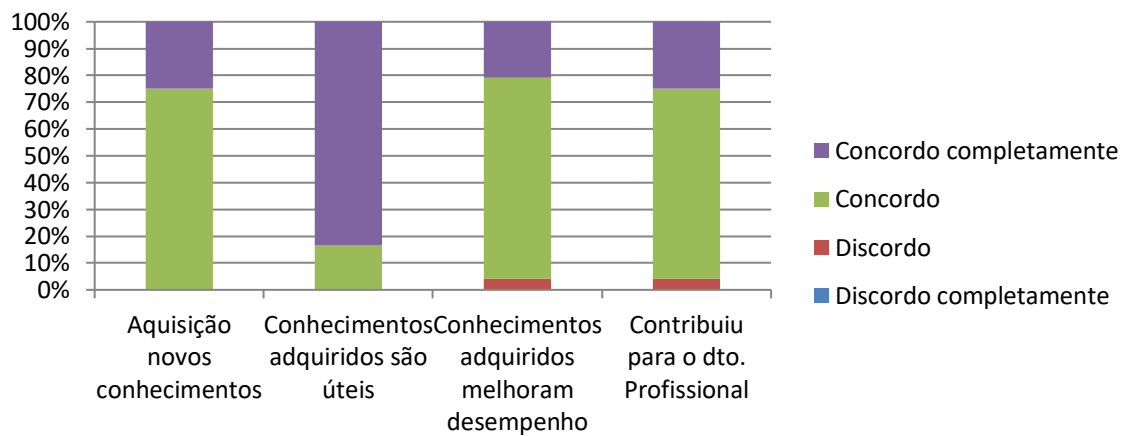
Para a avaliação da sessão foram elaborados questionários com avaliação de 1 a 4 (de discordo totalmente a concordo totalmente), que foram apresentados aos participantes no final da sessão.

Resultados da Avaliação da Sessão de Formação

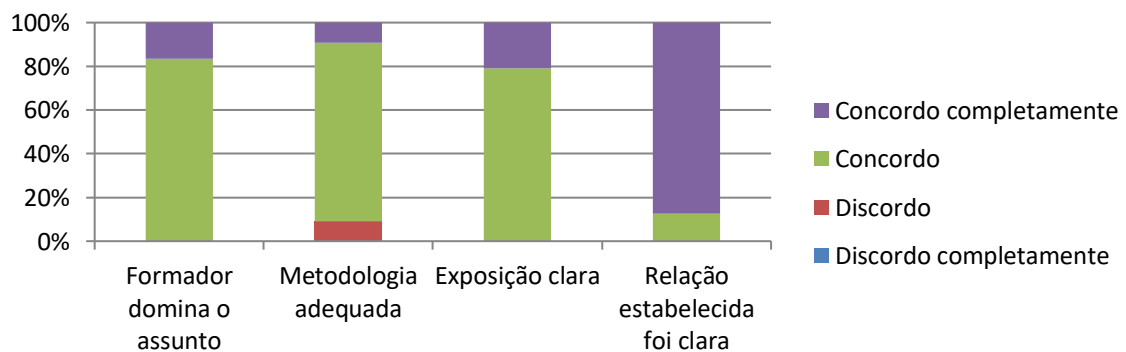
Avaliação global



Avaliação do impacto da sessão



Avaliação do formador



Foram enumerados **aspectos positivos** pela equipa após a realização desta sessão de formação, nomeadamente ter delineado objetivos claros e conteúdos adequados aos objetivos definidos. As atividades desenvolvidas e a oportunidade de debate que se criou durante a apresentação da temática foram consideradas suficientes por quase a totalidade dos participantes apesar de cerca de 2% considerar que poderiam ter sido mais desenvolvidas. Também a duração da sessão foi avaliada negativamente por cerca de 12% dos participantes, que sugeriram que tivesse uma duração menor para que pudesse haver mais tempo para discussão

A pertinência da formação para equipa de enfermeiros da UCIN foi corroborada pela percentagem que mostrou a aquisição de novos conhecimentos permitindo-lhes melhorar o seu desempenho profissional. A discussão criada após a apresentação foi um ponto positivo fundamental da sessão de formação que permitiu recolher novos dados que permitem melhorar o trabalho desenvolvido ao mesmo tempo que entusiasmou a equipa de enfermagem para a implementação de mudança no serviço. Como **sugestões de melhoria** a equipa de enfermagem sugeriu a impressão de mais cópias do kit de acolhimento para que pudesse ser mais facilmente consultado pela equipa no momento da apresentação. Posso afirmar que a proposta apresentada foi bem recebida, mostrando-se a equipa entusiasmada em contribuir para um melhor acolhimento das famílias na UCIN e, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem.

No geral, os objetivos da sessão de formação foram amplamente atingidos, tendo estabelecido um ambiente propício à discussão e à partilha de experiências e dúvidas que, tendo em consideração a avaliação da sessão, foram esclarecidas de forma eficaz. Considero, assim, que o objetivo desta sessão foi amplamente atingido

5. CONTRIBUTOS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EEESIP

Sendo esta a última sessão de formação que tive oportunidade de desenvolver em contexto de estágio pude verificar, comparativamente às anteriores, uma maior facilidade na sua execução e levantamento das necessidades formativas junto da equipa de enfermagem. Também o facto de esta sessão se realizar no meu contexto de trabalho foi para mim mais motivador, o que se tornou um fator facilitador na recolha dos questionários de avaliação das necessidades de formação e no empenho de toda a equipa.

Neste sentido, o planeamento e a realização desta sessão de formação possibilitou a continuação do desenvolvimento das minhas competências de enfermeira especialista

em SIP no **domínio da melhoria contínua da qualidade**, iniciado em estágios anteriores. Aqui mobilizei conhecimentos que fui adquirindo ao longo deste percurso de estágios e partilhei-os com os colegas da UCIN por forma a colaborar em propostas de atividades que melhorem a qualidade de cuidados de enfermagem que a equipa presta junto das famílias na promoção da parentalidade com vista à sua preparação para o regresso a casa. Foi essencial desenvolver práticas de qualidade que promovam programas de melhoria contínua assente nos cuidados centrados na família e na parceria de cuidados de forma a que os pais de recém-nascidos desenvolvam as competências e a mestria para cuidar dos seus filhos, gradualmente, ao longo do internamento com maior autonomia.

A sessão de formação realizada permitiu que tivesse um papel dinamizador na aquisição e aprofundamento dos conhecimentos relativos à temática abordada, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, tais como a formação em serviço (Regulamento n.º 140/2019, 2019)². Pude refletir e proporcionar a reflexão da equipa para a importância do acolhimento na UCIN e para que os pais se sintam bem recebidos, confiem no trabalho dos enfermeiros e trabalhem em parceria com estes, promovendo o bem-estar da família. Foi possível desenvolver competências no âmbito do **cuidado da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**, ao mesmo tempo que me permitiu estar mais atenta à **prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida da criança e família**, utilizando estratégias de esperança realista, promovendo a amamentação e toque ou negociando o envolvimento parental nos cuidados (Regulamento n.º 422/2018, 2018)³.

A preparação desta sessão de formação permitiu adquirir conhecimento sobre as estruturas da comunidade existentes no Centro Hospitalar após a alta das famílias, o que permite à equipa orientar as famílias de forma informadas para esse momento, facilitando a sua transição para o domicílio, e consequentemente, a transição para parentalidade num ambiente desconhecido, que é o domicílio com um RN. A preparação de uma sessão de formação só é pertinente se adequada às necessidades dos enfermeiros, pelo que é essencial que seja uma sessão de formação simples, prática e dirigida ao tema a abordar. Ao captar a atenção de todos e ao envolver a equipa, mais facilmente se consegue transmitir a informação e refletir sobre o tema em discussão, o que me permitiu desenvolver **competências ao nível do planeamento e de comunicação**.

² Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República II Série*, N.º 26 (06-02-2019), 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>.

³ Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, N.º 133 (12-07-2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.

APÊNDICES

**APÊNDICE I. Questionário para diagnóstico das
necessidades formativas**

**AUSCULTAÇÃO SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DA TRANSIÇÃO
PARA A PARENTALIDADE NA UCIN PROMOTORAS DO REGRESSO A
CASA**

Idade	20-30 anos		30-40 anos		> 40 anos	
--------------	------------	--	------------	--	-----------	--

Gênero	Feminino		Masculino	
---------------	----------	--	-----------	--

Experiência em Neonatologia	< 5 anos		5-15 anos		> 15 anos	
------------------------------------	----------	--	-----------	--	-----------	--

Quando deve começar o planeamento da alta?	admissão		Quando bebé está estável		Em intermédios	
---	----------	--	--------------------------	--	----------------	--

Considera que o processo de acolhimento das famílias na UCIN é adequado?	Sim		Não	
---	-----	--	-----	--

Como poderia ser melhorado?

Como podem os pais colaborar na prestação de cuidados em cuidados intensivos neonatais?

Toque		Chucha		Mudar fralda		Banho		Massagem	
Canguru		Contar histórias		Pesar		Adormecer o bebé		Amamentar	
Massagem abdominal		Estimulação da mama		Cantar		Boneco/fralda significativa		Embalar o bebé	
Outros:									

Quais as competências que os pais/cuidadores devem adquirir durante o internamento que facilitem o regresso a casa?

Amamentação		Extração de leite		Preparação LA		Alimentação artificial: tetina		Massagem abdominal	
Canguru		Conservação de leite		Métodos de contenção RN		Posicionamento do RN no berço, cadeira		Medidas anti refluxo	
Mudar a fralda		Cuidados à pele		Banho		Desinfecção coto umbilical		Vestir RN	
Sono e repouso		Prevenção de acidentes		Sinais de alerta do RN		Vigilância de saúde infantil		Prevenção de infeção	
Outros:									

Considera que um documento que acompanhe o RN e família ao longo do internamento e dê prova da aquisição das competências parentais ao longo do internamento seria facilitador no momento da alta?	Sim		Não	
---	-----	--	-----	--

Deve o documento referido anteriormente ser interativo de forma a que pais e enfermeiros possam preencher e que acompanhe o percurso das famílias?	Sim		Não	
---	-----	--	-----	--

Como avalia a articulação com a comunidade e consultas de acompanhamento ao RN após a alta? O que podemos fazer enquanto enfermeiros?

A visitação domiciliária aos RN com extremo baixo peso à nascença poderia ser facilitador da transição para a parentalidade e melhoria dos cuidados de enfermagem à família?	Sim		Não	
---	-----	--	-----	--

Quem deveria integrar a visitação domiciliária após a alta da UCIN?

Um telefonema de follow-up cerca de 24-48hrs após a alta seria uma alternativa válida à visitação domiciliária?	Sim		Não	
--	-----	--	-----	--

Comentários/sugestões que sejam facilitadoras da transição para a parentalidade em situação de parto prematuro ou internamento em neonatologia e que os enfermeiros possam executar de forma autónoma:

Obrigada.

Daniela Nunes

(Estudante do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

APÊNDICE II. Planejamento da sessão de formação

PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Serviço	Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais		
Designação da Ação de Formação	Estratégias facilitadoras da transição para a parentalidade na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">▪ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de a preparação para o regresso a casa desde a admissão na UCIN;▪ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a transição para a parentalidade numa situação de parto prematuro;▪ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da parceria de cuidados e dos cuidados centrados na família;▪ Apresentar as estruturas que acompanham as famílias após a alta existentes no centro hospitalar;▪ Apresentação a proposta melhoria do kit de admissão na UCIN (folheto admissão, folheto de apoio à amamentação, guia de preparação do regresso a casa “<i>As nossas pegadas</i>”);▪ Promover a reflexão sobre a prática de cuidados na UCIN.▪ Propor e discutir sugestões para a melhoria do kit apresentado.		
Destinatários (grupo profissional)	Equipa de enfermagem do serviço de Cuidados Intensivos Neonatais		
Equipa Pedagógica	Daniela Nunes (Estudante do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)		
Métodos/Meios Pedagógicos	Expositivo, interrogativo, demonstrativo e ativo		
Avaliação	Questionário de avaliação		
Datas	14 de Fevereiro de 2019		
Horário	08h30	Nº Horas	1 hora
Local	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais		

APÊNDICE III. Apresentação em *PowerPoint*

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA UCN - PROPOSTA DE KIT DE ACOLHIMENTO -

Daniela Nunes (Estudante do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do ESEL)

14 Fevereiro de 2019



SUMÁRIO

Impacto da prematuridade na transição para a parentalidade

Parceria de Cuidados em Neonatologia

Importância do acolhimento e preparação para a alta em neonatologia

Preparação do Regresso a casa: o que pode ser melhorado?

- Kit de acolhimento na UCN
- Telefonema follow-up
- Visitação domiciliária

Banco do Bebê

Centro de Estudos do Bebê e da Criança

Sugestões de melhoria propostas

Referências bibliográficas

Impacto da prematuridade na transição para a parentalidade

Os pais dos recém-nascidos prematuros:

- Sentem-se numa situação de stress (Loureiro, 2000);
- Vivenciam a separação dos seus filhos (Oliveira, 2001);
- Têm perda de autonomia no papel de pais;
- Sentem medo, culpa, ansiedade, solidão, cansaço ou tristeza (Gonçalves et al., 1999; Talmi & Hamon, 2003);
- Estão num ambiente desconhecido e potencialmente ameaçador (Cleveland, 2008).

O que podemos fazer enquanto enfermeiros?

- Promover uma maior participação na prestação de cuidados



Cuidados Centrados na Família

(Wigert, Hellström & Berg, 2010; Heydarpour, Keshavarz & Bakhtiari, 2016)

Impacto da prematuridade na transição para a parentalidade

- A transição para a condição de pai/mãe é dificultada com o nascimento de um filho prematuro (Vieira, Martins, Macedo, & Guerra, 2008; Meleis, 2010).
- Desenvolver a mestria nas competências parentais é de extrema importância, uma vez que quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades dos pais, maior a probabilidade de estes criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável da criança e de estarem mais sensíveis às suas necessidades (Ribas & Bornstein, 2005).



Facilitar processos de transição e apoiar uma transição saudável constitui uma das funções mais importantes dos **enfermeiros** (Silva, 2007)..

Parceria de Cuidados em Neonatologia

A prestação de cuidados segundo uma filosofia de **CCF** apresenta benefícios claros para os pais e para o RN, tendo o potencial para:

- reduzir o tempo de internamento;
- diminuir complicações;
- promover a amamentação.

(Ortenstrand, 2010; Boundy et al., 2016)

A relação de parceria durante o internamento promove a **confiança parental** para uma prestação de cuidados de forma autónoma no domicílio, promove a ligação RN/mãe/pai durante o internamento e reduz a ansiedade no momento da alta (Wigert, Hellström & Berg, 2010; Heydarpour et al., 2016; Umberger et al., 2018).

Parceria de Cuidados em Neonatologia

- Comunicação clara, numa linguagem simples e de uma forma empática (Umberger et al., 2018);
- Incentivar um modelo colaborativo de cuidados, CCF, envolvendo a família e convidando-as a participar na tomada de decisão, planeamento e prestação de cuidados do RN da admissão à alta (Ahmann & Johnson, 2001; Davis et al. 2003; Shields, Pratt & Hunter, 2006);
- Promoção de um ambiente promotor da amamentação e extração de leite junto ao RN (Umberger, MArcha, Canvasser & Hall, 2018); **17% questionários**
- Promover a visita e participação nos cuidados (Shin & White, 2007; Dashevsky, 2012); **(todos os questionários)**
- Promover o toque; **(100% dos questionários)**

Parceria de Cuidados em Neonatologia

- Promover a que conheçam o seu bebé e que o saibam confortar (Skene et al, 2018): **(83% chucha: 77% contar histórias, 77% embalar bebé, 88% oferecer boneco)**
- Pais podem estar presentes durante procedimentos dolorosos (Skene et al, 2018);
- Prática regular do método canguro (Nyqvist et al, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014): **(95% questionários)**
- Promover a participação na mudança da fralda, no banho, alimentação através da sonda, amamentação (Gómez, 2015): **(85% questionários)**
- Cantar (McLean, 2016). **(90% questionários)**

Importância do acolhimento e preparação para a alta em neonatologia

O acolhimento em neonatologia não é apenas o primeiro momento de contacto com o serviço. Ele pode ter um impacto significativo no percurso da família no internamento, e consequentemente durante toda a vida (Aloysius et al., 2017).

- apresentação do serviço e regras de funcionamento
- salientar uma filosofia de parceria de cuidados na UCN

A preparação para a alta deve começar na admissão!!! (Sneath, 2009). (83% dos questionários)

É um processo gradual que deve começar o mais cedo possível, de forma a promover a confiança dos pais e a promover que advoguem pelo bem estar dos seus bebés (Aloysius et al., 2017).

Preparação do Regresso a casa: o que pode ser melhorado?



Kit de acolhimento na UCIN

- Guia de acolhimento para os pais: português e inglês
- Aleitamento materno na neonatologia: português e inglês
- "As nossas pegadas...": português e inglês



Preparação do Regresso a casa: o que pode ser melhorado?



Telefonia follow-up e visitação domiciliária

A visitação domiciliária e o contato telefónico após a alta vão ao encontro do conceito de CCF, reforçando o sentimento de não abandono após a alta (Dellenmark-Blom & Wigert, 2013).

A visitação domiciliária:

- a ponte entre o hospital e o domicílio e uma intervenção de enfermagem que visa apoiar a transição da família no regresso a casa (Lopez, Anderson & Feutchinger, 2012; Dellenmark-Blom & Wigert, 2014).
- permite detetar as necessidades, os recursos e os apoios de que a família dispõe para fazer face às dificuldades encontradas (Fågterskiöld, Wahlgberg & Ek, 2001);
- eficaz na prevenção da desidratação e icterícia neonatal após a alta (Paul, Phillips, Widome & Hollenbeak, 2004);
- com maior sucesso na amamentação (Paul, Phillips, Widome & Hollenbeak, 2004).

Banco do Bebê

Iniciado em finais de 2002, surgiu da necessidade sentida pelo Serviço de Neonatologia da xxx em dar continuidade aos cuidados prestados aos bebés internados nesta unidade e às suas famílias, no pós-alta.

O Projeto é desenvolvido por uma **equipa multidisciplinar**, com um plano de intervenção estabelecido individualmente para cada bebé/família.



O Banco do bebé tem investido no **acompanhamento de grande proximidade desenvolvido por voluntários, que garante visitas bi ou trissemanais no primeiro mês, passando a semanais no primeiro ano de vida.**

Acompanhou **94 bebés e suas famílias em 2017**. Os principais motivos de referência foram: **Pais pouco seguros nos cuidados (18%), contexto socioeconómico desfavorável (17%), risco social (13%), prematuridade (10%) e isolamento e fraca rede de apoio (10%).**

Banco do Bebê

Critérios de elegibilidade dos bebés/famílias para referência para esta equipa:

- Bebés:**
- ✓ Prematuros ou de baixo peso, que mereçam um olhar continuado em seu contacto natural de vida;
 - ✓ Com fatores de risco perinatal (ex: asfisia, anomalias congénitas graves, doenças cromossómicas, neuromusculares e outras);
 - ✓ Em risco de atraso de desenvolvimento (condições biológicas, psicofectivas ou ambientais).

- Com Famílias:**
- ✓ Com fatores socioeconómicos e culturais desfavoráveis;
 - ✓ Com padrões de relação disfuncionais;
 - ✓ De pais adolescentes;
 - ✓ De pais pouco seguros nos cuidados a prestar ao bebé;
 - ✓ De pais com fragil-vinculação ao bebé
 - ✓ Risco Social

Metodologia na Referênciação:

Os diferentes serviços que devem sinalizar bebés para esta equipa (unidade de cuidados intermédios, puérperum, consulta de pediatra, unidade de adolescentes, serviço de psicologia e serviço social) deverão fazê-lo com o mínimo de uma semana antes da data prevista para alta, sempre que possível, possibilitando que o primeiro contacto da equipa com a família decorra ainda em fase de internamento (exceto os casos em que a sinalização é realizada já após a alta ou outros casos a considerar).

Contacto de Referência:

Centro de Estudos do Bebê e da Criança (CEBC)

- Localizado xxxxxxxxxxxxxxxx
- Mais direcionado para a Saúde Mental e Pedopsiquiatria e engloba:
 - Consulta primeira infância (até 3 anos)
 - Consulta de Desenvolvimento (até 5 anos)
 - Consulta de Risco de Neuropediatria – de 2ª a 5ª no período da manhã (Dra. xxxxx, Dra. xxxxx, Dra. xxxxx)
 - Consulta do sono na 1ª infância (até 3 anos)
 - Consulta de Neonatologia do xxxxxx

Consulta de Risco de Neuropediatria:

- segue as crianças que tiveram alta da xxx e que nasceram com <1500g e <32 semanas de idade gestacional
- realiza-se cerca de 1 mês após a alta

Sugestões de melhoria: propostas

- Fornecer informação pertinente e sistematizada desde o início do internamento;
- Criação de uma norma de acolhimento e uniformização do procedimento (melhorar guia de acolhimento e preparação da alta);
- Melhorar a comunicação com os pais;
- Sensibilização para entregar fotografia do bebê no momento da admissão;
- Estimular a permanência dos pais junto dos bebês e para a prestação de cuidados centrados na família;
- Realizar visita ao SMMF e falar com futuros pais de prematuros;
- Promoção das *conversas com os pais*;
- Follow-up telefónico 48hrs após a alta, a realizar pelos enfermeiros;
- Visitação domiciliária pelos enfermeiros da neonatologia nas 2 primeiras semanas após a alta ou até RN atingir 2500grs, em parceria com o Banco do Bebê ou UMAD.

Como podemos melhorar a preparação para alta e articulação com a comunidade?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cleveland, L. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(6), 666-91. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19012711>.
- Dashevsky, A. (2012). An exploration of perceived maternal competence in mothers of healthy infants and in mothers of infants hospitalized at birth, Massachusetts School of Professional Psychology. Disponível em: <http://www.proquest.com>
- Davis, L., Edwards, L., Moley, H. & Wallin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum. Dev.* 73 (1- 2), 61-70. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12932894>.
- Doyle, C. (2011). When delivery expectations change: the role nurses play in reducing parental stress. *Nursing for Women's Health*, 15 (6), 465-469. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22900686>.
- Figenkök, A., Wahlberg, V., & Ek, A. C. (2001). Maternal expectations of the child health nurse. *Nursing and Health Sciences*, 3 (3), 139-147. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11882195>.
- Ferwick, J., Barclay, L., & Schmeid, V. (2001). Chatting: An important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (5), 583- 593. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11298194>.
- Franck, L., Cox, S., Allen, A. & Winter, A. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (6), 608-615. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15737221>.
- Hall, E. (2005). Danish parents' experiences when their new born or critically ill child is transferred to the PICU - A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 10 (2), 90- 97. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1362-1017.2005.00096.x>.
- Heerman, A., Wilson, M. & Wilhelm, P. (2005). Mothers in the NICU: Outsiders to partners. *Pediatric Nursing*, 31 (3), 176-200. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16090580>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Heydari, S., Keshavarz, Z. & Bakhtiari, M. (2016). Factors affecting adaptation to the role of motherhood in mothers of preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit: a qualitative study. *Original Research: Empirical Research - Qualitative*, 73 (1), 138-148. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jan.13099>.
- Jiang, S., Ware, R., Qiu, X., O'Brien, K. & Lee, S. (2014). Parents as practitioners in preterm care. *Early Human Development*, 90, 781-785. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25246323>.
- Lopez, G., Anderson, K. & Feuchtinger, J. (2012). Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life. *Neonatal Network*, 31(4), 207-214. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22762347>.
- Meleis, A. H. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, H., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 1, pp. 12-28. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970356>.
- Nyqvist, K., Anderson, G., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Devanzo, R., et al. (2010). Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and reports from the first European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatr.* 99 (6), 820-826. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20219044>.
- Ordem dos enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática. Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: OE.
- Ribas R. & Bornstein, M. (2005). Parenting knowledge: Similarities and differences in Brazilian mothers and fathers. *Interamerican Journal of Psychology*, 39 (1), 5-12. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26298576_Parenting_knowledge_similarities_and_differences_in_brazilian_mothers_and_fathers.