



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Vera Metelo de Carvalho Neto Ramalho Ortigão

LISBOA, Abril de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Vera Metelo de Carvalho Neto Ramalho Ortigão

Sob orientação de Professora Elisabete Nunes

LISBOA, Abril de 2013

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e tem como finalidade sistematizar e fundamentar o percurso realizado na Unidade Curricular Estágio, através de uma metodologia crítico-reflexiva. Realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura, cujos resultados obtidos fundamentaram as atividades desenvolvidas, a par das necessidades encontradas, para a promoção de uma prática baseada na evidência.

O modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, sustentado por valores e crenças que tomam os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança, no respeito e valorização da sua experiência e contributo, foi o fio condutor deste percurso que se pautou pela promoção do papel parental, na busca de uma prestação de cuidados centrados na família.

No módulo I, desenvolvido nos Cuidados de Saúde Primários, com vista à promoção do aleitamento materno, atualizaram-se dois folhetos e desenvolveu-se uma sessão de educação para a saúde cuja avaliação revelou ter sensibilizado e capacitado para o aleitamento materno. No módulo III, contribuiu-se para a promoção do papel parental na alta do RN da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, através da reformulação de um Programa de Formação dirigido aos pais. Ainda nesse módulo, no Serviço de Urgência, elaborou-se um folheto informativo relativo aos sinais de alarme no primeiro ano de vida da criança, capacitando os pais para os reconhecer e atuar em conformidade. No módulo II promoveu-se a estruturação dos cuidados de enfermagem na promoção do papel parental através da realização de um Procedimento e de um Estudo de Caso, e promoveu-se a nossa reflexão e a dos profissionais com a elaboração de um artigo acerca da Promoção do papel parental no Bloco Operatório.

Através da análise crítica e reflexão durante este percurso atingiram-se competências de EESIP na assistência e cuidado à criança/jovem e família, na maximização da sua saúde, em situações de elevada complexidade e em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/jovem.

Palavras-chave: Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica; Parceria de Cuidados; Cuidados Centrados na Família; Parentalidade

ABSTRACT

This report aims to summarize and sustain the nature of the work done during the internship in the Masters Course in Child Healthcare and Pediatric Nursing. The underlying thread of thought adopted throughout the internship was based on Anne Casey's "partnership-in-care" model. In this model, parents work in partnership with nurses to provide care for their child, all working together in a Family-Centered Care approach.

For this report, the main methodology used was the reflexive and critical analysis. Through the conclusions of a systematic review, together with the needs that were identified, were the underlying base for the actions and work carried out during the internship.

The first module was in the Personalized Care Unit focused on breastfeeding, where two leaflets were updated and a training session on breastfeeding was organized and successfully raised awareness.

In the Third module, the focus was on the parents' role on leaving Neonatal Intensive Care Unit with their newborns. Firstly, a redesign of the Training Program for the parents was carried out. Secondly, the creation of a brochure to be distributed in the Emergency Room focused on teaching parents how to recognize warning signs and how to act accordingly during the first year of the infant's life.

In the second module, the focus was on raising awareness amongst the nursing staff on the importance of the parents' role. This was achieved by implementing a standard procedure, building a case study and raising further awareness on the topic with an article on the Parents' Role in the Operation Room.

Through critical analysis and reflection, EESIP skills were achieved in supporting childcare and their families, maximizing the patients health in highly complex situations and in response to specific needs within the life cycle and development stages of the infant & child.

Keywords: Pediatric Nurse; Care Partnership; Family Centered Care; Parenting

AGRADECIMENTOS

À Professora Elisabete Nunes, por todo o apoio e orientação durante este meu percurso.

À Professora Doutora Margarida Lourenço, por todo o apoio disponibilizado.

À Professora Doutora Zaida Charepe, pela disponibilidade, orientação e apoio quando foi mais necessário.

Aos Senhores Enfermeiros Especialistas Ana Patrícia Fonseca, Nádía Elawar, Teresa Virgílio e Paulo Malaquias, por me terem orientado e transmitido o conhecimento e a experiência que permitiram que crescesse como pessoa e profissional.

Às Senhoras Documentalistas Helena Mendes e Paula Vieira pela ajuda sempre pronta.

Aos meus colegas de curso que partilharam comigo os melhores e os mais difíceis momentos deste caminho.

À Tia Clarinha, que me acompanhou sempre de uma forma especial em todo o meu percurso académico, e na minha vida.

À Senhora Enfermeira Chefe Deolinda Gonçalves, pela disponibilidade demonstrada.

Aos meus colegas do Serviço de Cirurgia, que me ajudaram a crescer como enfermeira e estiveram sempre disponíveis para me ajudar com a sua disponibilidade, quando eu precisei.

Aos meus pais, sem os quais não teria as oportunidades que tive durante toda a minha vida, e esta não foi exceção. Muito obrigada por me ensinarem a querer ir sempre mais longe e acreditarem que sou capaz, mesmo quando eu própria tenho dúvidas.

Às minhas irmãs de quem sigo o exemplo de coragem e perseverança e que estão ao meu lado sempre, em tudo.

Ao Henrique que não se queixou, uma única vez, das minhas ausências, da minha falta de disponibilidade e do meu cansaço, numa fase tão importante da nossa vida e que me deu força e incentivo quando eu mais precisei.

Aos meus amigos que compreenderam a minha ausência nos momentos mais importantes e naqueles sem tanta importância, que me deram sempre força para continuar.

Ao Gu, ao Caetano, à Marta N., à Marta P., à Mariana e à Mafaldinha, que se disponibilizaram para me ajudar nesta fase final.

A todas as crianças e famílias com quem me cruzei durante os estágios, em especial à A., por me terem ajudado a compreender verdadeiramente o que é ser um enfermeiro em pediatria.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Abreviaturas

[et.al.] – e colaboradores

etc. – et cetera

n.º - número

Vol. – volume

Acrónimos

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

BO – Bloco Operatório

BPN – Baixo peso ao nascer

CCF – Cuidados Centrados na Família

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

EBP- Extremo baixo peso

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

FIC – Cuidados Integrados na Família

HSFX- Hospital de São Francisco Xavier

HSM – Hospital de Santa Maria

MBP – Muito baixo peso

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

SO-Ped – Serviço de Observação Pediátrica

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCInt – Unidade de Cuidados Intermédios

UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCSPCJ – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Coração de Jesus

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	23
2. REFLEXÃO, FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	33
2.1. MÓDULO I – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	33
<u>2.1.1. Recurso da Comunidade – Consulta Externa de Pediatria do CHLO-HSFX</u>	<u>34</u>
<u>2.1.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados/Unidade de Cuidados na Comunidade Coração de Jesus.....</u>	<u>36</u>
2.2. MÓDULO III – NEONATOLOGIA E SERVIÇO DE URGÊNCIA	46
<u>2.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)</u>	<u>46</u>
<u>2.2.2. Serviço de Urgência Pediátrica.....</u>	<u>52</u>
2.3. MÓDULO II – SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DO HSM....	57
3. CONCLUSÃO.....	64
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
5. ANEXOS	75
ANEXO I - FOLHETO “VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO”	77
ANEXO II - FOLHETO “POSIÇÕES CORRETAS DE AMAMENTAÇÃO”	81
ANEXO III - RELATÓRIO DA SESSÃO “AMAMENTAR: ALIMENTAR, PROTEGER, AMAR”	85

ANEXO IV - CARTAZ INFORMATIVO “VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL”	155
ANEXO V - PAINEL E CARTAZ PROMOTOR DA PARENTALIDADE – DIA DA CRIANÇA	159
ANEXO VI - REFLEXÃO ACERCA DE UM EPISÓDIO COMUNICACIONAL	163
ANEXO VII - RELATÓRIO DA REFORMULAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO “PREPARAR A ALTA DO BEBÉ”	175
ANEXO VIII - FOLHETO “SINAIS DE ALARME” – SUP.....	381
ANEXO IX - REFLEXÃO SUP	285
ANEXO X - PROCEDIMENTO “PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL”	303
ANEXO XI - ESTUDO DE CASO R.	315
ANEXO XII - ARTIGO “PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL NO BLOCO OPERATÓRIO”	359

INDÍCE DE QUADROS E ESQUEMAS

Quadro 1 – Análise da questão segundo a matriz PI[C]O.....	25
Quadro 2 – Dados respeitantes aos artigos seleccionados.....	26
Esquema 1 – Modelo de Parceria Negociada (Adaptado de REIS [et.al.], 2010).....	30

0. INTRODUÇÃO

Reconhecendo a importância da formação contínua e avançada em Enfermagem como uma forma de adquirir e aprofundar conhecimentos e competências para uma prática baseada na evidência, decidi realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Integrada no referido Curso de Mestrado, a Unidade Curricular Estágio visa a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista para aplicar os conhecimentos adquiridos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) (UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, 2012). Com esse propósito esta Unidade curricular foi estruturada em três módulos, correspondentes aos contextos de Cuidados de Saúde Primários (Módulo I), Internamento Hospitalar (Módulo II), Neonatologia e Serviço de Urgência (Módulo III).

O Módulo I foi realizado no Centro de Saúde Coração de Jesus no período de 23 de Abril a 15 de Junho de 2012, num total de 180 horas de contacto. Este Módulo contemplou também 3 dias de observação na Consulta do Desenvolvimento do Hospital São Francisco Xavier (HSFX), como recurso da comunidade.

O Módulo III foi dividido em dois períodos de 90 horas, ambos realizados no Hospital de Santa Maria (HSM). O primeiro período, compreendido entre 12 de Novembro a 7 de Dezembro de 2012, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e o segundo período, compreendido entre 10 de Dezembro de 2012 a 18 de Janeiro de 2013, no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

Finalmente, o Módulo II foi desenvolvido no período de 20 de Janeiro a 15 de Março de 2013 no Serviço de Cirurgia Pediátrica do mesmo hospital, num total de 180 horas.

Nesta unidade curricular foi utilizada a metodologia de Projeto, centrada na resolução de problemas, que visa a aquisição de capacidades e competências através da elaboração e concretização de projetos numa situação real, constituindo-se assim uma ponte entre a teoria e a prática (NUNES, 2010). Assim, para cada Módulo de Estágio elaborou-se um Projeto, baseado num diagnóstico de situação efetuado em cada

contexto, com o intuito de estabelecer objetivos específicos para cada etapa deste percurso, bem como sistematizar e organizar as atividades a desenvolver em cada contexto.

Tão importante como a elaboração dos Projetos, é a divulgação dos resultados obtidos após a sua implementação, dando a conhecer a pertinência dos mesmos e o caminho percorrido na resolução dos problemas identificados (NUNES, 2010). O presente relatório, que se insere na Unidade Curricular Relatório, surge então como uma forma de refletir sobre o meu desempenho ao longo dos estágios e tem como objetivos:

- Sistematizar e fundamentar o percurso realizado durante os módulos de estágio, através da descrição e fundamentação das atividades realizadas;
- Demonstrar como foram desenvolvidas competências de EESIP durante o Estágio;
- Refletir sobre o meu desempenho durante este percurso, tendo em conta os objetivos definidos.

Tendo em conta que *“as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo dos processos de cuidados”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.9), o EESIP deve utilizar um modelo conceptual centrado na criança e família encarando este binómio como beneficiário dos seus cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Assim, e de forma a atingir os objetivos supracitados, o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey apresentou-se como temática central deste percurso na promoção do papel parental, tendo em conta uma filosofia de Cuidados Centrados na Família.

Estruturalmente, este relatório tem início com um enquadramento teórico de suporte às atividades desenvolvidas, que integra uma Revisão Sistemática da Literatura. No segundo capítulo é feita a análise crítica e reflexiva das atividades realizadas durante a unidade curricular, estruturada por subcapítulos correspondentes aos Módulos de Estágio que se apresentam por ordem cronológica de realização. Finalmente, como conclusão, será feita a síntese do percurso realizado e dos ganhos obtidos, às quais se seguem as Referências Bibliográficas e os Anexos de suporte ao trabalho desenvolvido.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os Cuidados Centrados na Família (CCF) são considerados, por vários autores, como uma filosofia central à enfermagem pediátrica, cujos princípios e valores focam-se numa avaliação e intervenções culturalmente sensíveis e baseadas nas capacidades dos indivíduos, escolhas feitas pelas famílias, serviços focados no *empowerment* e na colaboração com os pais (BELLIN [et.al], 2011; HUTCHFIELD, 1999).

MIKKELSEN e FREDERIKSEN (2011) definem CCF como o suporte profissional da criança e família, ao longo de um processo de envolvimento e participação, sustentado pelo *empowerment* e a negociação. Para estes autores os CCF são caracterizados por uma relação entre os profissionais de saúde e a família, em que ambas as partes partilham a responsabilidade pelos cuidados de saúde à criança.

A família como foco de atenção, as suas escolhas e capacidades, a sua relação com os profissionais, e os serviços individualizados à família são elementos-chave fundamentais desta filosofia de cuidados (EPPLEY [et.al.], 2010). Os seus princípios fundamentais assentam: nas competências do enfermeiro ao nível de conhecimentos teóricos e experiência da sua aplicação na prática, para estabelecer uma relação de colaboração com os familiares, prestar-lhes apoio e ensino adequados, capacitá-los e partilhar com eles os cuidados à criança; na existência de um ambiente acolhedor e condições para a presença permanente da família, bem como tempo para identificar as suas necessidades; na crença de que o envolvimento da família nos cuidados é do melhor interesse da criança (HUTCHFIELD, 1999; MIKKELSEN e FREDERIKSEN, 2011).

Para a prática de CCF é preciso tomar a família como foco de atenção e respeitá-la como uma constante na vida da criança, com os seus conhecimentos e o seu estilo de vida, abstendo-se de juízos de valor. É necessário que haja uma comunicação, cooperação e colaboração claras entre os profissionais de saúde e as famílias, fornecendo-lhes apoio e informação adequada para que possam ser envolvidos na tomada de decisão e nos cuidados à criança, de forma voluntária e negociada, promovendo assim a autonomia e normal funcionamento da família (HUTCHFIELD, 1999). Esta filosofia tem como objetivo que os pais se tornem peritos e assumam a responsabilidade pelos cuidados ao seu filho, passando os profissionais a ter um papel apenas de conselheiros. A negociação é considerada essencial para definir papéis e

responsabilidades na colaboração, sendo fundamental que os pais escolham qual o grau de envolvimento que querem ter nos cuidados (MIKKELSEN e FREDERIKSEN, 2011).

Desta forma HUTCHFIELD (1999), que se baseia na teoria de Cahill (1996), elaborou um modelo hierárquico de CCF, que começa com o envolvimento dos pais e culmina com os CCF, em que estes podem nem sempre ser atingidos na sua plenitude. Nesse modelo, a parceria de cuidados surge como uma das etapas para atingir os CCF. Também MIKKELSEN e FREDERIKSEN (2011) identificaram a parceria como atributo central dos CCF, compartilhando valores fundamentais de mutualismo e objetivos comuns.

A parceria pode ser definida como uma relação interpessoal entre duas ou mais pessoas, que trabalham em conjunto para atingir um objetivo comum (GALLANT [et.al.], 2002), capacitando o cliente e família para gerir os seus próprios cuidados, através da assistência e partilha de informação (WIGGINS, 2008).

Em pediatria, a Parceria de Cuidados é uma prática assente no pressuposto de que a família é o novo alvo de cuidados. Este modelo de parceria em enfermagem pediátrica, criado por Anne Casey, defende que os cuidados às crianças saudáveis ou doentes devem ser prestados pelos pais, com diferentes níveis de assistência por parte dos profissionais de saúde sempre que necessário (COYNE, 1996). É um modelo sustentado por crenças e valores que defendem os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança, no respeito e valorização pela sua experiência no cuidado aos seus filhos e o seu contributo na prestação de cuidados (CASEY, 1993, citada por MANO, 2002).

MCINTOSH e RUNCIMAN (2008) identificaram vários valores e atitudes necessários a uma relação de parceria: uma relação genuína de confiança; escuta e comunicação aberta e honesta; louvor e encorajamento; reciprocidade e empatia; partilha e respeito pelas competências do outro; trabalho em conjunto com negociação de objetivos, planos e limites; participação e envolvimento; apoio e partilha de informação; e finalmente, possibilidade de escolha e igualdade.

De acordo com SMITH (1995) e CASEY (1993), citados por MANO (2002), este é um processo que tem quatro etapas (apreciação, planeamento, execução e avaliação) e assenta nos conceitos de cuidados negociados e cuidados centrados na criança e família.

Para CASEY (2008) a parceria de cuidados atingiu o significado de mudança, negociação e responsabilidade partilhada entre a criança, a família e o enfermeiro, com o suporte e os ensinamentos fornecidos, baseando-se no reconhecimento e respeito pela experiência da família no cuidado à criança (CASEY, 1995). Esse processo de envolvimento e participação dos pais pode ser influenciado por uma atitude positiva, o respeito pela família e uma comunicação eficaz (COYNE, 2008).

A capacidade de se envolver numa parceria requer conhecimentos e competências relacionais dos profissionais, e o conhecimento por parte dos pais do seu papel e do que é esperado deles quando inseridos num modelo que os envolve completamente como parceiros nos cuidados. (WIGGINS, 2008).

Os papéis dos membros da família são geralmente definidos como as expectativas de comportamentos, de obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição e que, reportando-se aos padrões comportamentais, assumem-se como componentes da organização familiar. Ao longo do ciclo vital da família, são várias as mudanças funcionais, estruturais e interacionais que decorrem do desenvolvimento familiar, sendo a parentalidade uma das questões sobre a qual incidem essas mudanças (FIGUEIREDO [et.al.], 2010).

A parentalidade, consiste em

“(...) assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização de expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (CIPE® Versão 2, 2011, p. 66).

De acordo com alguns autores citados por FIGUEIREDO [et.al.] (2010), a parentalidade integra ações e interações por parte dos pais, que envolvem o desenvolvimento da criança e a aquisição da identidade parental. Estas ações incluem os cuidados físicos e afetivos, que na sua globalidade constituem os comportamentos parentais, sendo as suas funções caracterizadas por um conjunto de elementos biológicos, psicológicos, jurídicos, éticos, económicos e culturais que tornam um indivíduo mãe ou pai. Este é um período importante de desenvolvimento, que traz mudanças profundas para o ciclo de vida da família e para as relações, com implicações importantes para os pais, para a

relação pais-filho e para o desenvolvimento deste último (DEAVE e JOHNSON, 2008; HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

Em todas as famílias existe o *status* socialmente reconhecido do pai e da mãe com papéis socialmente adotados que atribuem responsabilidades e diretrizes na criação e cuidado vitalício aos filhos. O grau em que os pais estão comprometidos e a forma como desempenham os seus papéis são influenciados por uma série de variáveis e pela sua experiência singular de socialização (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Assim, a componente dinâmica da parentalidade traduz-se pelos padrões comportamentais associados ao exercício do papel parental (FIGUEIREDO [et.al.], 2010), que pode ser definido como a interação

“(...) de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente” (CIPE® Versão 2, 2011, p. 66).

O nascimento de um bebé e, conseqüentemente, do papel parental é considerada uma transição normal de vida, que requer numerosos ajustes físicos e emocionais e que exige tempo, energia e recursos (OLSHTAIN-MANN e AUSLANDER, 2008). Por sua vez, o nascimento pré-termo constitui um desafio ainda maior ao papel parental, tendo em conta que estes recém-nascidos (RN) reúnem algumas características que dificultam a interação. O stress parental que advém de um parto pré-termo é também significativo, podendo causar depressão, ansiedade e falta de confiança na mãe, o que afeta a sua sensibilidade e interação com o RN. Todos estes fatores podem conduzir a alterações tardias no desenvolvimento da criança, bem como alterações emocionais e de comportamento nos pais (JOHNSON [et.al.], 2009; FERRARI [et.al.], 2011; OLSHTAIN-MANN e AUSLANDER, 2008; SMITH, 2010).

Os pais de RN pré-termo enfrentam problemas específicos e desafios acrescidos no início do exercício do seu papel parental inerentes à hospitalização e estado de saúde do RN, que é também influenciado negativamente pelos sentimentos de perda da criança perfeita que estes tinham imaginado, sentimentos de culpa, desilusão e arrependimento, que dificultam ainda mais a relação pais-filhos e o sucesso no desempenho do papel parental (SMITH, 2010; HEXEM e FEUDTNER, 2011). Porém,

os pais geralmente mudam o seu comportamento com base no ensino e aconselhamento, pelo que a intervenção de enfermagem pode reduzir o stress parental e a ansiedade dos pais durante o internamento do RN, promovendo a capacidade dos pais para lidar com as dificuldades e serem capazes de prestar os cuidados que a criança necessita (SMITH, 2010; ICHIJIMA [et.al.], 2001; AGAZIO e BUCKLEY, 2012).

O momento da alta é um período de transição gerador de stress para estes pais, que pode ser melhorado através da implementação de programas de preparação estruturados e individualizados para responder às necessidades específicas de cada família. A preparação para a alta é um processo crítico para a integração do RN na família e deve começar no momento da admissão, sendo que no momento da alta, a família deve ser capaz de tomar decisões bem fundamentadas, possuir competências técnicas básicas para a prestação de cuidados, bem como reconhecer e responder apropriadamente aos sinais de doença do RN. Os pais que participam na prestação de cuidados juntamente com os enfermeiros vão aumentando o seu envolvimento e reforçando a identidade parental. Desta forma, encorajar os pais a terem um papel ativo na sua própria aprendizagem e educá-los, através da instrução e demonstração dos cuidados na prática, pode facilitar todo o processo que deve ser implementado de forma gradual. Um plano de educação e avaliação da preparação dos pais para a alta, a avaliação emocional da família e a articulação com os cuidados de saúde primários são alguns dos elementos considerados essenciais para o sucesso da implementação deste tipo de programas (SMITH [et.al.], 2012; SHEIKL, O'BRIEN e McCLUSKEY-FAWCETT, 1993; WIGERT [et.al.], 2010).

1.1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Introdução

A parentalidade é um fenómeno complexo que requer interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e aquisição de habilidades para assumir o novo papel parental (VIEIRA [et.al.], 2008). É necessário que os pais interiorizem as expectativas quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados, para que haja uma vivência adequada desse processo, pelo que ao capacitar os pais para o desempenho do papel parental, o EESIP promove a parentalidade.

O internamento do RN na UCIN pode impedir que os pais se sintam competentes face a um ambiente altamente tecnológico e em que qualquer contacto com o RN é feito sob supervisão de profissionais de saúde, podendo ver-se apenas como cuidadores secundários o que acarreta sentimentos de desilusão e afastamento do RN, tornando o exercício do papel parental num evento altamente stressante (SMITH, 2010; OLSHTAIN-MANN e AUSLANDER, 2008).

Tal como abordado anteriormente, no momento da alta hospitalar é necessário que os pais sejam capazes de desempenhar o seu papel parental cuidando do RN de forma autónoma. Para isso, os autores já referenciados consideram que a educação parental e o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN são fundamentais para a preparação da alta do RN, o que vai de encontro aos pressupostos de uma prática de cuidados centrados na família, nomeadamente através da parceria de cuidados.

A parceria de cuidados envolve uma relação de responsabilidade partilhada entre o enfermeiro e os pais, que inclui troca de informação, bem como o envolvimento e participação dos pais na tomada de decisão e na prestação de cuidados ao RN, tornando os pais membros ativos da equipa de saúde (MIKKELSEN e FREDERIKSEN, 2011).

Assim, com o objetivo de identificar e compilar a evidência científica atual que evidenciasse a importância da parceria de cuidados como estratégia promotora do papel parental, na preparação dos pais para a alta do RN internado na UCIN, realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura que pretende dar resposta à questão:

- Qual a importância da Parceria de Cuidados como estratégia promotora do papel parental na preparação para a alta de enfermagem do recém-nascido pré-termo internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?

Metodologia

Foi utilizada uma metodologia com base na estratégia PI[C]OS que, de acordo com VILELAS (2009), permite definir a descrição do problema de investigação, a população, o contexto, a intervenção e os resultados, como pode ser observado no Quadro 1.

	Crítérios de Inclusão	Descritores
P – Problema ou Participante	- Pais RN pré-termo internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - Enfermeiros	- Parents/Parenting - Nurse/Nursing - Preterm Infant/neonate - Neonatal Intensive Care Unit
I – Intervenção	- Parceria de Cuidados	- Partnership
C – Comparação (se existir)		
O – Outcomes (Resultados)	- Promoção do papel parental na Preparação para a Alta	- Discharge
S – Study (tipos de estudo)	- Estudos primários de natureza científica com metodologia qualitativa e quantitativa	

Quadro 1 – Análise da questão segundo a matriz PI[C]O

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: estudos de natureza científica, estudos primários acerca da temática, estudos em que os participantes sejam pais de recém-nascidos pré-termo internados em UCIN e/ou enfermeiros, estudos publicados nos últimos cinco anos, estudos com texto completo disponível nas bases de dados. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: revisões sistemáticas da literatura, teses, estudos em idiomas que não o português, inglês e espanhol, artigos que não reúnam os critérios de inclusão estabelecidos.

Realizou-se a pesquisa no mês de Maio de 2013, na plataforma EBSCO, incluindo todas as bases de dados disponíveis nesta plataforma, nomeadamente: PsycARTICLES, Academic Search Complete, PsycBOOKS, bem como na base de dados PubMed.

Para a pesquisa foram utilizados os descritores de acordo com o vocabulário MeSH e uma combinação da matriz PI[C]OS através dos operadores booleanos AND e OR, utilizando as seguintes combinações:

- (Parents OR Parenting) AND (Preterm Infant* OR neonate) AND Discharge
- Neonatal Intensive Care Unit AND (Parents OR Parenting) AND Discharge
- Neonatal Intensive Care Unit AND (Nurse OR Nursing) AND Partnership
- Neonatal Intensive Care Unit AND (Nurse OR Nursing) AND (Parent OR Parenting)

Numa primeira fase, utilizando as combinações acima descritas, foram obtidos 668 resultados, dos quais 556 foram excluídos após análise crítica dos títulos, com base nos critérios de inclusão estabelecidos, ficando 112 artigos para consideração. Numa segunda fase, após a leitura do Resumo/Abstract e submetendo-os os artigos ao teste de

evidência II (VILELAS, 2009), excluíram-se 86 artigos (34 por não corresponderem à questão de investigação, 10 por serem revisões de literatura, 19 por não apresentarem texto integral disponível e 23 por serem repetições). Dos 26 artigos selecionados, após leitura integral, foram excluídos 21 (2 pelo tipo de estudo, 2 por serem repetições, 1 por não ter uma população adequada e 16 por não responderem à questão de investigação).

Assim, dos 668 resultados obtidos na pesquisa inicial, resultaram 5 artigos que foram analisados quanto ao tipo de estudo, participantes, intervenções e resultados, que pode ser observada no Quadro 2.

Identificação do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções	Resultados
FEGRAN, Liv; FAGERMOEN, May Solveig; HELSETH, Sølvi – Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment. Journal of Advanced Nursing, Blackwell Publishing Ltd [Em linha]. Vol. 64, n.º 4 (2008). 363-371	Estudo Qualitativo Hermenêutico	6 mães e 6 pais de RN internados numa UCIN 6 enfermeiros da mesma UCIN	- Foi utilizada uma abordagem hermenêutica, utilizando a observação dos participantes e entrevistas para estudar as interações entre os pais e os enfermeiros	- A parceria desenvolve-se em três fases: aguda, de estabilização e alta - A fase de estabilização representa o maior desafio - Ao mesmo tempo que os pais querem manter uma relação próxima com o enfermeiro, este propositadamente afasta-se e reduz o contacto com os pais para facilitar a sua independência e confiança - Os pais e os enfermeiros raramente discutem a discrepância existente na sua compreensão do processo de distanciamento
LIAN, Yeo Cheo [et.al.] – Early Discharge Study for Premature Infants: Singapore General Hospital. The Permanent Journal [Em linha]. Vol. 12, n.º 4 (2008). 15-18	Revisão retrospectiva	Antes da intervenção: 36 RN prematuros admitidos na UCIN; Após a intervenção: 42 RN prematuros	- Inicialmente foi realizada uma revisão retrospectiva de 36 RN prematuros para identificar as causas para um atraso na alta clínica; - Identificou-se que a falta de preparação dos pais era uma das causas, devido a um atraso no planeamento da preparação para a alta e de não haver um elemento da equipa responsável por essa preparação; - Foram aplicadas novas guidelines para a alta em que um Plano de educação para a alta era aplicado aos pais precocemente; - Foram avaliados os resultados desse programa	- 42 prematuros tiveram alta com peso inferior a 2000g e 35 semanas de Idade Corrigida (IC) com uma taxa de readmissão de 0% - A duração média do internamento foi reduzida em 23,3 dias
FEGRAN, Liv; HELSETH, Sølvi – The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context –	Estudo qualitativo, exploratório com abordagem	6 mães e 6 pais de RN internados numa UCIN, 6 enfermeiros da mesma UCIN	- Observadas interações entre os pais e os enfermeiros, durante a prestação de cuidados e a alimentação do RN - Feitas entrevistas	- A proximidade é essencial na interação pais/enfermeiros, no estabelecimento de confiança, e reflete a qualidade da relação com

Identificação do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções	Resultados
<p>closeness and emotional involvement. <u>Scandinavian Journal of Caring Sciences</u> [Em linha]. Vol. 23, n.º 4 (2009). 667-673</p>	<p>metodologia com recurso a entrevistas estruturadas e observações</p>		<p>individuais retrospectivas com os pais no momento da alta do RN, acerca da relação pais-enfermeiros, da sua experiência de se tornarem pais de um prematuro, e o seu papel na UCIN</p> <p>- Feitas entrevistas aos enfermeiros, acerca da sua experiência de trabalhar com a presença dos pais, o que caracteriza um enfermeiro numa UCIN, as suas experiências quanto enfermeiro de uma UCIN.</p>	<p>um grande impacto nas experiências de ambos;</p> <p>- Os três fatores que mais influenciam esta relação são: a formação de uma parceria, a proximidade de idades de ambos, o ambiente da UCIN</p> <p>- Para os pais a relação com os enfermeiros é pessoal e próxima, o que facilita a parceria mas pode impedir a criação da distância necessária. Os enfermeiros preferem manter a distância evitando envolver-se demasiado</p> <p>- O distanciamento é importante e necessário para a capacitação dos pais para a independência necessária para a alta</p>
<p>REIS, Misty [et.al.] – Developing Nurse/Patient Relationships in the NICU through negotiated partnership. <u>Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN/NAACOG</u> [Em linha]. Vol. 39, n.º 9 (2010). 675-83</p>	<p>Estudo Qualitativo com base na Descrição Interpretativa</p>	<p>9 mães e 1 pai de RN com internamento na UCIN</p>	<p>- Foram feitas entrevistas aos pais, presencialmente ou por telefone, com base em guiões de entrevista semi estruturados, acerca da sua experiência na UCIN e do papel do enfermeiro nessa experiência, tendo posteriormente sido aplicada uma metodologia de descrição interpretativa sobre os resultados</p>	<p>- A relação enfermeiro/pais foi o fator com maior influência na satisfação dos pais quanto à sua experiência na UCIN</p> <p>- Os aspetos interpretados como fundamentais na relação de respeito do enfermeiro com os pais foram: envolvimento nos cuidados (<i>perceptive engagement</i>), orientação antecipada (<i>cautious guidance</i>) e presença subtil (<i>subtle presence</i>)</p> <p>- O papel do enfermeiro esperado pelos pais era de: professor, protetor e facilitador/dinamizador</p> <p>- Modelo de Parceria Negociada</p>
<p>O'BRIEN, Karel [et.al.] – A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. <u>BMC Pregnancy and Childbirth</u> [Em linha]. 13(Suppl 1):S12 (2013). 1-8</p>	<p>Estudo piloto prospectivo de caso-controlo/ Estudo analítico de coortes</p>	<p>- 31 RN com 62 pares de controlo - 42 mães - 19 enfermeiros</p>	<p>- Aplicado questionário PSS:NICU a todas as mães no momento da admissão</p> <p>- Posteriormente as mães do grupo de intervenção foram integradas no programa de Cuidados Integrados na Família (FIC)</p> <p>- Feita entrevista semi estruturada individual a todos os pais e enfermeiros antes da alta, acerca da implementação, fiabilidade e aceitação do programa FIC e dos benefícios percebidos</p>	<p>- O aumento de peso foi maior nos RN do grupo de intervenção</p> <p>- Houve um aumento na incidência de mães a amamentar no momento da alta</p> <p>- O Stress Parental diminuiu significativamente no momento da alta nas mães integradas no programa FIC</p> <p>- O feedback dos pais e dos enfermeiros quanto ao FIC foi de que é praticável e que foi bem implementado</p>

Quadro 2 – Dados respeitantes aos artigos selecionados

Apresentação e Discussão dos Resultados

De acordo com os autores mencionados previamente neste capítulo, para uma prática de CCF é necessário que os enfermeiros sejam capazes de estabelecer uma relação de colaboração com os familiares, prestando-lhes apoio e ensino adequados de forma a capacitá-los para a prestação de cuidados à criança. Ao estudarem essa relação dos enfermeiros com os pais, FEGRAN, FAGERMOEN e HELSETH (2008) identificaram três fases do seu desenvolvimento: A fase aguda, que inclui o nascimento e o período imediatamente seguinte; a fase de estabilização, em que há uma melhoria do estado do RN e um aumento no envolvimento dos pais nos cuidados; e finalmente a fase pré-alta, em que os pais passam a ser os cuidadores primários enquanto o enfermeiro lhes fornece apoio. Assim, há uma troca de papéis e responsabilidade, em que os enfermeiros começam por controlar e os pais são espectadores, acabando estes últimos como cuidadores independentes apoiados pelos enfermeiros no momento da alta. Estes achados vão de encontro ao estudo realizado por TRAJKOVSKI [et.al.] (2012), em que os enfermeiros participantes reconhecem a necessidade de envolver a família nos cuidados diários ao RN, partilhar informação e orientá-la, reconhecendo que os pais são capazes de contribuir significativamente para os cuidados ao RN.

FEGRAN, FAGERMOEN e HELSETH (2008) analisam os resultados do seu estudo com base no modelo hierarquizado dos CCF de HUTCHFIELD (1999) já abordado anteriormente, considerando que:

- ⇒ Na fase aguda, uma comunicação aberta e honesta em conjunto com o respeito pelas necessidades da família, permite que os contributos dos pais e dos enfermeiros sejam feitos de acordo com o envolvimento parental, que é a fase inicial dos CCF;
- ⇒ À medida que o estado do RN estabiliza, a relação enfermeiro/pais passa para a participação parental, em que os pais vão assumindo gradualmente os cuidados que previamente eram assegurados pelo enfermeiro. É vital para estes pais manterem uma relação próxima com o enfermeiro nesta fase em que procuram satisfazer as exigências do aumento da participação e simultaneamente tentam normalizar a sua vida dentro e fora da UCIN. Porém o objetivo dos enfermeiros nesta fase é precisamente o contrário, já que se pretende que os pais se tornem mais independentes, tornando esta fase na mais desafiante para ambos os intervenientes;

⇒ Finalmente, na fase pré-alta os pais passam a ser os cuidadores principais enquanto os enfermeiros passam a assumir um papel de suporte, tornando a relação numa parceria.

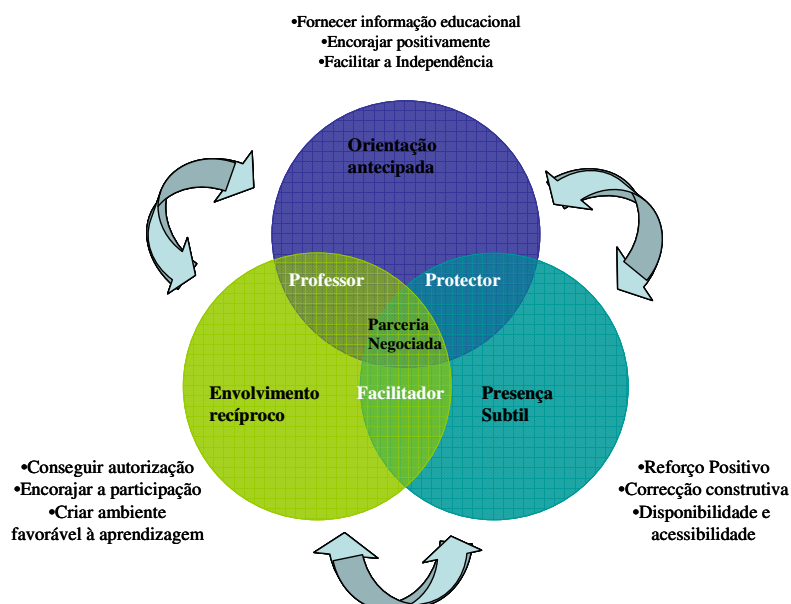
Tal como HOCKENBERRY e WILSON (2011), que consideram que os pais se tornam apreensivos, com muitas preocupações e inseguranças relativamente ao cuidado com o RN no período que antecede a alta, também FEGRAN, FAGERMOEN e HELSETH (2008) verificaram que a alta figura-se como um evento significativo e assustador para os pais. Porém, estes autores consideram que com a colaboração dos enfermeiros, na preparação e planeamento da alta, esse momento pode tornar-se positivo.

Posteriormente FEGRAN e HELSETH (2009) reforçaram com o seu estudo a importância do equilíbrio entre a proximidade e a distância na relação entre os enfermeiros e os pais quando se estabelece uma parceria, numa ótica de cuidados centrados na família. Estes autores evidenciam a importância da proximidade como uma parte essencial da interação entre os pais e os enfermeiros, mas também do distanciamento profissional necessário para que os pais se tornem gradualmente mais independentes e capazes de assumir a completa responsabilidade pelos cuidados ao seu filho no momento da alta. Para estes autores, uma comunicação aberta, a honestidade e o reconhecimento da experiência dos pais são fundamentais para estabelecer uma relação de parceria. Estes achados vão de encontro ao pressuposto de MCINTOSH e RUNCIMAN (2008) de que uma relação genuína de confiança, a escuta e comunicação aberta, partilha e o respeito pelas competências do outro, são atitudes necessárias ao estabelecimento de parcerias.

Segundo CASEY (2008) a parceria de cuidados com base numa comunicação eficaz e negociação são por vezes difíceis de atingir na prática, mas é essa busca que aproxima os enfermeiros do ideal profissional. Assim, ao estudar a satisfação dos pais relativamente à sua experiência na UCIN e ao papel que o enfermeiro desempenhou nesse processo, REIS [et.al] (2010) desenvolveram o Modelo de Parceria Negociada, que consiste na definição do papel do enfermeiro na relação enfermeiro/pais, tal como estes últimos o percebem. Para estes autores a parceria negociada é uma relação entre duas ou mais pessoas que requer ações, com base em competências, para atingir o objetivo comum de cuidados de excelência ao RN durante o internamento na UCIN. Este pressuposto vai de encontro ao modelo de Casey, que envolve um processo de

negociação em que o enfermeiro fornece suporte contínuo e ensina a família, permitindo-lhe decidir ativamente acerca dos cuidados prestados e da sua participação nestes (CASEY, 1995).

No modelo de Parceria Negociada, o enfermeiro e os pais estabelecem e mantêm uma relação através do envolvimento recíproco (*perceptive engagement*), orientação cuidada (*cautious guidance*) e presença subtil (*subtle presence*), através do papel de professor, protetor e facilitador do enfermeiro. O envolvimento recíproco consiste em responder aos estímulos através da compreensão ou introspeção, para estabelecer um envolvimento ou compromisso emocional, ou seja, são as ações do enfermeiro que integram os pais no ambiente da UCIN e que os envolvem na participação nos cuidados ao seu filho. Através da orientação antecipada, que consiste em conduzir ou direccionar o outro através da consciencialização e antecipação, o enfermeiro fornece informação e treina competências nos pais para serem capazes de cuidar do RN, encorajando a sua independência dentro da relação de confiança estabelecida. Finalmente, através de uma presença subtil, estando presente de uma forma competente e hábil, o enfermeiro responde às necessidades de apoio dos pais fornecendo-lhes o reforço positivo para uma prestação de cuidados adequada. Este modelo de parceria pode ser melhor compreendido através do Esquema 1.



Esquema 1 – Modelo de Parceria Negociada (Adaptado de REIS [et.al.], 2010)

Para REIS [et.al], este modelo de cuidados tem potenciais implicações para a prática de enfermagem na UCIN já que influencia a satisfação dos pais durante o

internamento bem como as suas competências para cuidar do RN no momento da alta. Também FERREIRA e COSTA (2004) consideram que a utilização de um modelo de parceria de cuidados está subjacente à preparação para a alta, na medida em que ao envolver a família nos cuidados ao RN os enfermeiros contribuem para a emergência de sentimentos de segurança autonomia e responsabilidade dos pais pelos cuidados e bem-estar do bebê, no momento e posteriormente em casa.

Também neste sentido, O'BRIEN [et.al.] (2013) propõem um modelo de cuidados centrados na família que vai de encontro à parceria de cuidados e que pretende incluir os pais como parte integrante da equipa da UCIN, para que possam ativamente prestar cuidados ao seu filho, em vez de assumirem um papel passivo de suporte. Segundo esse modelo os pais aprendem a prestar todos os cuidados ao seu filho (exceto administração de terapêutica endovenosa), enquanto os enfermeiros assumem um papel de educadores e orientadores dos pais. Alguns autores citados por KENNER e LOTT (2003) consideram que ao respeitar os pais, envolve-los no plano de cuidados e fornecer-lhes informação clara para que possam ter controlo no processo de cuidados, os enfermeiros estão a capacitá-los para desempenhar o papel parental. O modelo de Cuidados Integrados na Família (FIC), proposto por O'BRIEN [et.al.], inclui educação em grupo e individual acerca dos cuidados ao RN, e preconiza que os pais devem prestar cuidados ao seu filho e manter o seu processo de aprendizagem, enquanto os enfermeiros mantêm-se responsáveis pelos aspetos mais técnicos dos cuidados. Este modelo ressalva a importância da educação de suporte às mudanças de papel, tanto dos pais como dos enfermeiros, bem como o apoio logístico e psicológico adicional e principalmente de facilitar a participação dos pais nos cuidados ao RN como membros efetivos da equipa de saúde. De acordo com estes autores, a prática de cuidados segundo este modelo facilita o desenvolvimento de parcerias, promove o desenvolvimento do papel parental estimulando os pais a permanecerem mais tempo na UCIN, diminui significativamente o stress parental e promove a confiança dos pais nas suas competências no momento da alta. Este modelo de atuação vai de encontro ao preconizado por HOCKENBERRY e WILSON (2011) que consideram fundamental a intervenção precoce dos enfermeiros ao ajudar os pais na aquisição e melhoria das suas habilidades no cuidado ao recém-nascido, criando condições para que os pais assumam todo o cuidado ao recém-nascido sob o suporte da equipa de enfermagem, preparando-os para a alta do RN.

LIAN [et.al.] (2008) concluíram, no seu estudo, que ao aplicar um Programa de Planeamento precoce da Alta do RN, em que é fornecida educação aos pais acerca dos cuidados ao recém-nascido e os pais são envolvidos como participantes ativos nos cuidados, é possível diminuir o tempo de internamento em 23,3 dias. Não serem capazes de satisfazer as necessidades do seu filho é uma causa de stress para os pais de RN internados numa UCIN, sendo necessário que os enfermeiros promovam a auto-estima e confiança dos pais ao encorajá-los a visitar o RN e ensiná-los a prestar-lhe cuidados (TURAN, TURAN, BAŞBAKKAL e ÖZBEK (2008). Segundo LIAN [et.al.] (2008) com a implementação do programa de planeamento da alta os pais ficaram entusiasmados com a educação e treino fornecidos, que lhes permitiu terem uma participação ativa nos cuidados.

McGrath & Conliffe-Torres (1996) citados por KENNER e LOTT (2003), salientam que um dos fundamentos dos CCF é reconhecer a família como um membro ativo da equipa de saúde desde o momento da admissão. Também LIAN [et.al.] concluíram que os enfermeiros devem motivar os pais para participar nos cuidados ao RN logo que possível, orientando-os e preparando-os psicologicamente, sendo a comunicação efetiva um elemento chave para o sucesso deste tipo de programas. Estes autores reforçam que os enfermeiros devem compreender a importância da alta precoce do RN, iniciando o seu planeamento desde a sua admissão na UCIN.

Podemos então concluir, através dos resultados obtidos, que o desenvolvimento de parcerias entre os enfermeiros e os pais de RN internados na UCIN pode ser conseguido através da implementação modelos orientadores da prática assentes na crença de que o envolvimento gradual dos pais nos cuidados ao RN e conseqüente desenvolvimento de competências parentais, promove a independência e responsabilidade dos pais pelo RN, capacitando-os para o momento da alta hospitalar. Considera-se, por isso, a Parceria de Cuidados como uma estratégia importante de promoção do papel parental na preparação para a alta do recém-nascido pré-termo internado em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

2. REFLEXÃO, FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Tal como já foi referido, a Unidade Curricular Estágio foi dividida em três módulos distintos, tendo em conta que o EESIP “*trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde e assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Assim, pretende-se neste capítulo refletir acerca das atividades realizadas ao longo dos Módulos de Estágio I, II, e III, à luz da temática central de Promoção do Papel Parental e Parceria de Cuidados.

Ao longo dos diferentes módulos de estágio, figurou-se como Objetivo Geral:

- ❖ **Desenvolver competências de EESIP, nomeadamente na promoção do papel parental, em diferentes contextos de prestação de cuidados e em diferentes fases do ciclo de vida da criança/jovem e família, com vista à maximização da sua saúde.**

De forma a atingir o objetivo supracitado, delinear-se-iam diferentes objetivos específicos para cada módulo e local de estágio, face às necessidades encontradas em cada contexto.

2.1. MÓDULO I – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O Módulo I correspondente ao contexto de Cuidados de Saúde Primários decorreu no período de 23 de Abril a 15 de Junho de 2012, num total de 180 horas de contacto e foi dividido em dois momentos. O primeiro momento (de 23 a 26 de Abril) contemplou 3 dias de observação na Consulta de Desenvolvimento do HSFX e o segundo momento (de 30 de Abril a 15 de Junho) foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Coração de Jesus.

2.1.1. Recurso da Comunidade – Consulta Externa de Pediatria do CHLO-HSFX

A Consulta de Desenvolvimento encontra-se integrada no Serviço de Consulta Externa de Pediatria, que é constituído por: sala de espera; sala de atividades; gabinetes médicos e de enfermagem; sala de tratamentos; armazém; zona de sujos e área para funcionários. A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, três enfermeiras, dietista, psicólogos, professor de ensino especial, administrativos, assistente social e assistente operacional. Cada elemento da equipa programa as suas atividades com a equipa de enfermagem e com a criança/família, de forma a responder de modo adequado às necessidades individuais destes últimos. Mensalmente é feita uma reunião com a equipa multidisciplinar para a discussão de casos, sobretudo nas especialidades do Desenvolvimento, Neurologia e Pedopsiquiatria.

A população alvo abrange crianças até aos 16 anos, provenientes de várias regiões do país, que são referenciadas à consulta da especialidade adequada à sua patologia através dos serviços de Neonatologia, Pediatria e Urgência Pediátrica do próprio hospital, bem como através do seu médico de família, escola, educadores, entre outros.

A equipa multidisciplinar tem como objetivo estabelecer um sistema humanizado de prestação de cuidados aos utentes e familiares. Como missão central da equipa de enfermagem, pretende-se minimizar a angústia e receios que possam surgir tanto nas crianças como nos familiares, durante o processo de recuperação e bem-estar da criança, através de uma prestação de cuidados competentes, autónomos e personalizados, desenvolvida tendo em conta as suas necessidades básicas e promovendo a sua autonomia. Assim, os cuidados de enfermagem são centrados na criança e família, sendo prestados em parceria com os seus pais/cuidadores, da qual é considerada indissociável. O apoio aos pais/família não se limita ao espaço da consulta, sendo-lhes disponibilizado o contacto telefónico e correio eletrónico do serviço para que possam entrar em contacto com os membros da equipa dentro do horário de funcionamento da consulta, sempre que necessitem.

À medida que as crianças vão sendo chamadas para a consulta médica, e mediante a necessidade de cuidados apresentada, vão sendo encaminhadas para a equipa de enfermagem para a realização dos procedimentos necessários. Essa distribuição é feita com base no conhecimento da história clínica, da evolução da situação de saúde da

criança, da dinâmica familiar, bem como em consultas anteriores, acompanhamento e contactos telefónicos realizados com a criança/familiares, pretendendo-se desse modo assegurar a continuidade de cuidados. Por questões de falta de recursos humanos não é possível realizar uma pré-consulta de enfermagem a todas as crianças, sendo então realizadas apenas no caso de algumas especialidades como a nefrologia e a urologia, excluindo por isso a consulta de desenvolvimento. Assim, o objetivo específico estabelecido para este primeiro momento de estágio foi:

- **Refletir acerca do papel do EESIP numa equipa multidisciplinar em contexto de Consulta Externa, nomeadamente na Consulta de Desenvolvimento.**

Na Consulta de Desenvolvimento, que é realizada pelo médico e à qual tive oportunidade de assistir, são utilizados jogos e brincadeiras próprios para a etapa de desenvolvimento da criança (como desenho, puzzles, entre outros) para fazer a avaliação do desenvolvimento da mesma. São analisados documentos trazidos pelos pais, como relatórios escolares ou de outros médicos ou psicólogos, e tanto a criança como os pais são incentivados a transmitir os seus sentimentos e a perceção que têm da sua evolução. Sempre que necessário é feita a articulação com a equipa de psicólogos do serviço para avaliação ou acompanhamento da criança. Tendo em conta a evolução da criança e o seu estágio de desenvolvimento, o médico faz os ajustes terapêuticos necessários e fornece orientações aos pais quanto ao estímulo e cuidados que a criança necessita.

Apesar de haver disponibilidade da equipa de enfermagem para esclarecer qualquer dúvida existente antes ou após a consulta médica, considero que seria benéfico para estas crianças e família a existência de uma consulta de enfermagem em que o enfermeiro, nomeadamente o EESIP, pudesse ter uma intervenção mais alargada no sentido de capacitar estas crianças com necessidades de saúde e educativas especiais, juntamente com os seus pais/cuidadores, para a adoção de estratégias de *coping* e adaptação, bem como na articulação com os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários ou de Saúde Escolar, por exemplo, estabelecendo uma rede de recursos comunitários de suporte (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

No entanto, penso ser importante referir que embora a equipa de enfermagem tenha uma intervenção mais acentuada noutras especialidades que não a Consulta de Desenvolvimento, o enfermeiro é o profissional de primeira linha no atendimento aos

pais quando estes entram em contacto com o serviço pessoalmente ou via telefone/correio eletrónico, desempenhando o papel fulcral de articulação entre a criança/cuidadores e os médicos, psicólogos e restante equipa multidisciplinar. De acordo com alguns autores citados por PRITCHARD [et.al.] (2008), os fatores que maximizam o potencial de identificação atempada de problemas nas crianças com necessidades especiais, são em parte determinados pela complacência da família com as necessidades de acompanhamento e serviços de saúde complexos, que por sua vez são influenciados pela forma como estes pais experienciam os serviços. Assim, este papel de articulação desempenhado pela equipa de enfermagem promove um melhor funcionamento do serviço e o aumento da satisfação dos pais, o que se traduz em ganhos para a criança.

A promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do seu potencial de desenvolvimento, é uma das competências EESIP (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Apesar de não ser realizada a consulta de enfermagem a todas as crianças, os enfermeiros otimizam todas as oportunidades de contacto com a criança/família para promover comportamentos potenciadores de saúde e facilitar o desenvolvimento de competências às crianças e familiares, nos seus processos de saúde/doença (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

2.1.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados/Unidade de Cuidados na Comunidade Coração de Jesus

Inserido no plano de reorganização das Unidades de Saúde, de acordo com o Decreto - Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, em vigor desde Janeiro de 2009, o Centro de Saúde de Coração de Jesus pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), denominado ACES Grande Lisboa III (CHAMBEL, 2009).

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Coração de Jesus (UCSPCJ) tem como missão “(...) *garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita (...)*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.1) das freguesias de: São Sebastião da Pedreira, Nossa Senhora de Fátima, Coração de Jesus e São José. Apesar da população inscrita ser envelhecida, esta apresenta um grande número de nascimentos, por nela de situar a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, e tem vindo a

aumentar a população flutuante, vulnerável e com elevado risco social e de saúde (CHAMBEL, 2009).

As instalações da UCSPCJ localizam-se num piso único térreo e contam com gabinetes médicos, sala de tratamentos, duas salas de enfermagem (uma delas funciona como sala de apoio), duas salas de espera, zona administrativa com sala de reuniões e alguns gabinetes, zona de apoio aos profissionais com copa e vestiários, zona de esterilização, salas de sujos e casas de banho para utentes e profissionais.

A equipa multidisciplinar conta com médicos, enfermeiros (7) em que uma das enfermeiras é EESIP, assistente operacional, administrativas e motorista, para além de psicólogo de apoio.

Devido à falta de recursos humanos necessários para o pleno funcionamento da UCSPCJ, a Saúde Infantil encontra-se pouco estruturada, não sendo possível realizar uma Consulta de Enfermagem de acordo com o preconizado no Programa-tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil a todas as crianças, sendo dada prioridade aos primeiros contactos com a unidade (RN para realizar o rastreio metabólico) e crianças com necessidades especiais de vigilância. Esta gestão é feita de acordo com as necessidades de cada criança e com a disponibilidade da enfermeira responsável.

Pertencendo ao ACES, a UCSPCJ assume a sua missão de “(...) *garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população (...)*” através “(...) *de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 1183). Uma das áreas prioritárias de intervenção é a promoção e suporte ao aleitamento materno como medida de combate precoce à pré-obesidade e obesidade (CHAMBEL, 2009, p. 23). Sendo esta uma área de intervenção importante no âmbito da promoção do papel parental, nomeadamente na transição para a maternidade, que implica um compromisso intensivo e uma participação ativa da mulher e que tem início com a procura de informação (VIEIRA [et.al.], 2008; GONÇALVES, 2008), foi definido como objetivo específico para este módulo de estágio:

- **Promover competências parentais para a prática do Aleitamento Materno nas mães de lactentes atendidos na consulta de enfermagem/Vacinação, com enfoque no primeiro mês de vida.**

Tal como já foi abordado neste Relatório, a transição para a parentalidade é um momento muito importante no ciclo de vida familiar que afeta todos os seus elementos, já que envolve uma adaptação a novos papéis. PEDRAS (2007) considera que a assunção dos papéis parentais requer o acompanhamento de enfermeiros especialistas que sejam capazes de ajudar os pais a viver esse processo de forma plena e saudável.

Segundo LOPES e FERNANDES (2005), de acordo com o modelo de Ramona Mercer, a consecução do papel maternal é um processo interativo de desenvolvimento durante o qual a mãe se liga ao filho e adquire competências e comportamentos que lhe permitem atingir uma identidade materna. Estes autores salientam que os enfermeiros, sendo responsáveis pela promoção de saúde da família, são os profissionais que mais devem procurar ajudar as mães nessa fase de transição para a maternidade.

A amamentação é uma tarefa materna que tem início logo que o bebé nasce, ainda na primeira hora de vida. Atualmente alguns estudos enfatizam que, apesar de haver uma incidência desta prática em cerca de 90%, metade das mães que iniciam o aleitamento materno desiste de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé, o que focaliza a necessidade de educar as mães e a sociedade para as vantagens desta prática (LEVY e BÉRTOLO, 2008).

A promoção de boas práticas alimentares nas crianças constitui uma das intervenções mais eficientes na melhoria da Saúde Infantil, já que uma nutrição adequada na primeira infância é essencial para assegurar o crescimento, saúde e desenvolvimento necessários para a criança. O aleitamento materno exclusivo é o melhor alimento para a criança nos primeiros 6 meses de vida e as suas vantagens são múltiplas para a criança, mãe e restante família, sendo que se o Aleitamento Materno fosse uma prática universal, 13% das mortes de crianças com menos de 5 anos de idade podiam ser prevenidas (WHO, 2009; UNICEF [et.al.], 2010; AAP, 2010).

Segundo HOCKENBERRY e WILSON (2011) um dos objetivos parentais básicos é promover a sobrevivência e a saúde dos filhos para o seu crescimento e desenvolvimento adequados. O aleitamento materno é uma das maiores esferas de preocupação das mães, em questões como o posicionamento correto, a estrutura anatómica dos mamilos, a subida de leite e as soluções mais eficazes para superar as dificuldades adjacentes. É importante trabalhar com as mães no sentido de promover sentimentos de auto eficácia e competência, diminuindo conseqüentemente sentimentos de inadequação, falta de conhecimentos e a labilidade emocional características da fase de transição para o papel parental. Para isso, o EESIP deve atuar no sentido de chegar a

estas mães e educá-las, promovendo a amamentação e a vinculação de forma sistemática (DEAVE [et.al.], 2008; GONÇALVES, 2008; VIEIRA [et.al.], 2008; ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Como atividade central a este objetivo, realizei pesquisa bibliográfica, **demonstrando manter, de forma contínua e autónoma o meu próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional.**

Outra atividade que desenvolvi foi a participação nas consultas de enfermagem de saúde infantil e na vacinação, inicialmente através da observação do funcionamento e dinâmica das consultas, passando gradualmente a ter uma participação mais ativa ao longo do estágio, terminando o mesmo a realizar as consultas apenas com supervisão da enfermeira orientadora. Não havendo um seguimento estruturado das crianças na UCSPCJ, era necessário procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com as mães de forma a promover o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde da criança (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010), nomeadamente nos processos relativos à alimentação do RN.

Geralmente, a primeira consulta de enfermagem do RN na UCSPCJ acontece na primeira semana da vida da criança, que consiste num momento privilegiado de intervenção junto das mães já que estas se encontram numa fase inicial do processo de lactação e amamentação e que as dificuldades podem surgir logo nas primeiras semanas de vida do RN (WHO, 2009). A vacinação é outro momento oportuno para incentivar as mães a amamentar e assim conseguir observar e avaliar a adaptação do RN e da mãe ao aleitamento materno, tendo em conta que as reações de stress à dor e efeito imunológico das vacinas podem ser aliviadas através da amamentação (DÒREA, 2009).

Desta forma, ao incentivar a amamentação no decorrer da consulta de enfermagem e durante ou após a vacinação, pude intervir junto de algumas mães corrigindo práticas menos adequadas (como a pega, postura da mãe, entre outras) e utilizar esses momentos para promover o contacto físico mãe/recém-nascido (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010), demonstrando assim ser capaz de **abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família.**

Apesar de existirem alguns folhetos e o Guia do Aleitamento Materno disponíveis na unidade para entregar às mães, muitos destes folhetos encontravam-se desatualizados, pelo que considerei importante a sua atualização, já que o recurso a informação escrita de apoio diminui o stress e facilita a aquisição de conhecimentos e competências parentais (TURAN, BAŞBAKKAL e ÖZBEK, 2008). Tendo em conta a

limitação temporal imposta pela duração do estágio, não me foi possível atualizar todos os folhetos existentes, optando por reformular aqueles relativos às Vantagens do Aleitamento Materno (ANEXO I) e Posturas Corretas na Amamentação (ANEXO II) por serem temas abordados recorrentemente na minha intervenção. Esses folhetos foram posteriormente entregues às mães, tanto nas consultas de enfermagem como na vacinação. Com esta atividade demonstrei **ter conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família.**

De acordo com LIN [et.al] (2007) a educação pré-natal acerca da amamentação melhora significativamente as taxas de amamentação exclusiva até aos 6 meses após o parto. Foi com base nesta premissa que realizei uma Sessão de Educação para a Saúde, acerca da amamentação, com o título “Amamentar: Alimentar, Proteger, Amar”. O planeamento desta sessão foi realizado com vista a uma maior eficiência na produção de resultados e na mudança de comportamentos (CARVALHO E CARVALHO, 2006, p. 52), tendo sido estabelecido como objetivo geral a promoção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida nas utentes grávidas da UCSPCJ. Pretendia-se então que no final desta Sessão as utentes:

- Ficassem sensibilizadas para as vantagens do Aleitamento Materno Exclusivo até aos 6 meses de vida;
- Conhecessem de uma forma geral a fisiologia do Aleitamento Materno;
- Se sentissem mais capacitadas para uma boa prática do Aleitamento Materno.

No Relatório da Sessão (ANEXO III) foi incluída a justificação da pertinência da temática, bem como uma compilação de todos os conteúdos teóricos abordados, para que este documento pudesse posteriormente ser utilizado pela equipa de enfermagem, alterando a estrutura ou os conteúdos da sessão sempre que necessário, visto que educar para a saúde não pode restringir-se a uma mera atividade de informação, que sendo particularmente útil, não é suficiente. A informação veiculada deve assentar numa perspetiva que tenha em conta a realidade individual, não devendo assim assumir um carácter demasiado prescritivo (MARTINS, 2008, p. 42). Desta forma, os enfermeiros poderão sempre utilizar esta ferramenta em vários contextos, adequando a Sessão realizada à população a que se dirige.

O público-alvo desta sessão eram mulheres grávidas em qualquer idade gestacional, inscritas na UCSPCJ, convocadas aquando das suas consultas médicas de vigilância da gravidez, através da entrega de convites e da exposição de cartazes nas salas de espera. Os convites começaram a ser entregue 3 semanas antes da sessão, não

me sendo possível contabilizar quantos foram entregues. Porém, apenas 2 utentes foram inscritas para assistir à Sessão e, dessas, apenas uma compareceu. Assim, o total de participantes nesta sessão foi de 5 pessoas, incluindo a enfermeira orientadora, a minha colega de estágio e uma utente (mãe de gémeos) que foi convidada a ter uma participação especial e veio acompanhada da sua mãe.

A Sessão “Amamentar: Alimentar, Proteger, Amar” foi realizada na Sala de Vacinação com recurso ao método expositivo com apresentação de diapositivos, bem como o método participativo, para o qual foi convidada uma utente que amamentava os filhos com sucesso, para dar o seu testemunho, partilhando a sua experiência positiva com as outras utentes, sensibilizando-as para o aleitamento materno de um ponto de vista mais pessoal. Tendo em conta o número de participantes a sessão tornou-se quase como uma conversa informal, o que foi uma mais-valia.

Para a avaliação da sessão foi utilizada uma abordagem mista (avaliação formativa e de processo) cujo resultado foi uma classificação dos participantes entre o nível Bom e o Muito Bom, tendo-se concluído que, apesar do número reduzido de participantes, foram atingidos os objetivos propostos. A realização desta sessão possibilitou a aquisição de competências de EESIP para comunicar utilizando técnicas apropriadas e culturalmente sensíveis, proporcionando conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas e facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde da criança e família (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Para este módulo de estágio definiu-se ainda outro objetivo específico:

- **Promover o crescimento e desenvolvimento adequados das crianças utentes da UCSPCJ, através da capacitação dos pais para os cuidados antecipatórios.**

Ao longo de todo o estágio efetuei pesquisa bibliográfica acerca do Crescimento e Desenvolvimento Infantil, de forma a ser capaz de **demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos**, para assim promover a maximização da saúde da criança/jovem e da sua família.

O crescimento e desenvolvimento são o resultado da soma de diversas mudanças que ocorrem na vida de um indivíduo, tratando-se de um processo dinâmico em que estas dimensões se inter-relacionam entre si e com as dimensões do amadurecimento e

diferenciação, num processo contínuo. Através destes processos o corpo da criança aumenta e torna-se mais complexo, bem como a sua personalidade. O desenvolvimento da criança é geralmente descrito em estágios, por faixa etária e as suas características. Esta categorização é conveniente para descrever as características associadas à maioria das crianças nos períodos em que podem ocorrer mudanças distintas no desenvolvimento e que tarefas evolutivas devem ser realizadas (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

É necessário que os pais tenham uma compreensão básica do crescimento e desenvolvimento infantil, higiene, alimentação, do brincar e das habilidades de comunicação interpessoal, pois só assim vão ser capazes de promover o crescimento e desenvolvimento adequados da criança e sentirem-se confortáveis no seu papel. Algumas mudanças normais no crescimento e desenvolvimento da criança podem perturbar os pais e causar ansiedade. Os cuidados antecipatórios visam o fornecimento de informação à família sobre o crescimento e desenvolvimento normais da criança e das práticas que estes podem adotar para os otimizar e devem estender-se além da troca de informação, constituindo-se numa forma das famílias adquirirem competências que potenciem as suas capacidades como pais (HOCKENBERRY e WILSON, 2011), já que o “ (...) aumento do nível de conhecimentos e motivação das famílias (...) favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais e a família a assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-la e promovê-la” (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2005).

Nas consultas de enfermagem de saúde infantil, avaliei o crescimento e desenvolvimento das crianças, registando nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, os dados antropométricos e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial (DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2005).

Através da transmissão de orientações antecipadas, tanto na consulta de enfermagem como na vacinação, capacitei os pais para cuidar da criança, estimulando-a de acordo com as tarefas características da sua etapa de desenvolvimento para a manutenção de um desenvolvimento adequado. Visto que a maioria das crianças com quem tive contacto encontravam-se no primeiro ano de vida, as orientações que forneci aos pais centraram-se no âmbito da alimentação, dentição, cuidados de higiene, posição de deitar, hábitos de sono, hábitos intestinais e cólicas, desenvolvimento e temperamento, acidentes e segurança, temperatura normal e febre, sintomas/sinais de

alerta e comuns, ou reações às vacinas (DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2005), de acordo com as necessidades apresentadas pela criança e família. No decorrer destas atividades, demonstrei **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**.

Não substituir os pais em tarefas simples como vestir e despir a criança durante a consulta, entre outras, foi uma preocupação que fui mantendo, já que esses momentos de interação entre a criança e os pais eram momentos ideais para avaliar a sua relação e as competências parentais que eram simultaneamente estimuladas. Desta forma desenvolvi competências para avaliar o desenvolvimento da parentalidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

A promoção do cumprimento do Programa de Vacinação é outro dos objetivos dos exames de saúde (DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2005), e que tem uma importância inegável na promoção e maximização da saúde na criança e família tendo em conta que as *“vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico”* (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2011).

Tomar conhecimento do Programa Nacional de Vacinação foi outra das atividades que desenvolvi neste módulo de estágio, familiarizando-me não só com o esquema cronológico recomendado, mas também com os esquemas alternativos, tendo em conta a multiculturalidade da população inscrita na UCSPCJ.

Divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis, nomeadamente as crianças, deve ser uma prioridade do EESIP, identificando as bolsas populacionais com características que podem determinar níveis mais baixos de vacinação (DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2011). Assim, ao participar na Vacinação, tive oportunidade de desenvolver competências para comunicar com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Ao vacinar as crianças fui tomando contacto com costumes de várias culturas, como por exemplo os lactentes terem pulseiras e colares de corda justos à pele, ou ser o pai a dominar a interação conosco e ser este apenas a prestar os cuidados à criança quando a mãe se encontrava também presente. Estes são apenas alguns exemplos que me marcaram mas que fui aprendendo a compreender e respeitar, nunca interferindo ou tentando modificar hábitos, relacionando-me com a criança e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

A vacinação permitiu-me também desenvolver habilidades para adaptar a minha comunicação e intervenção ao estado de desenvolvimento da criança (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010), já que a atuação não poderia ser a mesma quando vacinava um toddler ou um adolescente, por exemplo. A utilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor como fingir que a picada da vacina foi de uma abelha que já foi embora, tendo em conta o pensamento mágico dos *toddlers*, ou a explicação do procedimento e pedido de consentimento de forma a valorizar a sua tomada de decisão no adolescente, são alguns dos exemplos das técnicas de comunicação que adotei, **demonstrando conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

No decurso do estágio, a enfermeira orientadora transmitiu-nos, a mim e à minha colega, que os pais têm falta de informação relativamente aos objetivos da vigilância de saúde infantil e aos recursos existentes em caso de doença da criança. Tendo em conta que facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança e família, com recurso a estratégias motivadoras para a assunção dos seus papéis em saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010) é da competência do EESIP, realizámos o cartaz informativo “Vigilância de Saúde Infantil” (ANEXO IV). Os cartazes informativos são materiais de divulgação que nos serviços de saúde são considerados materiais educativos pois fazem a mediação entre os profissionais e a população. O seu uso de forma adequada pode resultar em benefícios na vida do indivíduo e podem abrir caminhos novos para a promoção de saúde (FREITAS e REZENDE FILHO, 2011), desde que não sejam um método isolado de informação mas sim um complemento à educação e ao diálogo entre os profissionais e a população. Desta forma, afixámos o cartaz na sala de espera desta unidade de saúde, com o intuito de ser visível a todos os utentes e assim alertar para a importância da vigilância de saúde infantil bem como para a atuação em caso de doença da criança, complementando assim a nossa intervenção durante as consultas de enfermagem.

Tive também oportunidade de participar na dinamização do dia da criança, em que juntamente com a enfermeira orientadora e a minha colega de estágio preparámos um painel onde as crianças podiam pintar. Durante esse dia estimulámos as crianças a pintar o painel, dando também alguns presentes como lápis de cor e balões,

nomeadamente depois da vacinação ou das consultas. Segundo LOPES e FERNANDES (2005) aumentar a auto-estima dos pais e motivá-los para a competência são elementos importantes na promoção do papel parental. Nesse sentido, afixei no painel um cartaz motivacional para os pais com a frase “Obrigada mãe e pai, sou uma criança feliz” (ANEXO V), demonstrando procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e utilizar estratégias motivadoras para a assunção do papel parental (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Outra das atividades que tive oportunidade de desenvolver foi assistir a três reuniões do Núcleo de Apoio à criança e jovem em risco, que decorreram na UCSPCJ. Estas reuniões contribuíram para compreender a importância do EESIP no diagnóstico precoce e intervenção nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Apesar de a minha participação ser apenas de observação nas reuniões, esta atividade alertou-me para a violência de que algumas crianças são alvo, principalmente através da negligência. Foram discutidos casos interessantes e complexos, que me fizeram compreender a importância do EESIP como elemento da equipa multidisciplinar. *“O trabalho em equipa – não só no setor da saúde, mas alargado à comunidade e às estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente (creche, jardim de infância, escola, ATL, coletividades desportivas ou associativas, serviços da Segurança Social, autarquias, etc.) – precisa de ser estimulado e assegurado, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares”* (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2005), como é o caso das situações de violência e negligência que colocam a criança em risco. O trabalho que se realiza nesse núcleo pretende promover uma parentalidade responsável em prol do superior interesse da criança, pelo que foi uma mais-valia para o meu percurso.

Durante este módulo de estágio e ao atingir os objetivos supracitados, adquiri e mobilizei conhecimentos que promoveram o desenvolvimento de habilidades correspondentes às unidades de competências *“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”*; *“Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”*

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.3, 5); “*Promove o crescimento e desenvolvimento infantil*” e “*Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.5,3).

2.2. MÓDULO III – NEONATOLOGIA E SERVIÇO DE URGÊNCIA

Tal como referido anteriormente, este módulo de estágio foi dividido em dois períodos de 90 horas presenciais, ambos realizados no HSM. O primeiro período (12 de Novembro a 7 de Dezembro) na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e o segundo período (10 de Dezembro a 18 de Janeiro) no Serviço de Urgência Pediátrica.

2.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

A UCIN procura dar resposta em termos de cuidados diferenciados de saúde a 22 Recém-nascidos até aos 28 dias de vida, abrangendo a população da Unidade Setentrional A da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e outras regiões, sobretudo a região Sul, num espaço físico constituído por:

- ⇒ Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) – lotação de 8 incubadoras, onde são admitidos RN em estado crítico diretamente da Sala de Partos, RN transportados pelo INEM e do Serviço de Urgência Pediátrica, que necessitem de vigilância contínua e/ou ventilação mecânica.
- ⇒ Unidade de Cuidados Intermédios (UCInt) – lotação de 10 berços/incubadoras, onde são recebidos os RN provenientes da Unidade de Cuidados Intensivos, da Sala de Partos e do Serviço de Urgência Pediátrica e que se encontram hemodinamicamente mais estáveis e com autonomia respiratória.
- ⇒ Sala de Pré-Saída – lotação para 4 berços, que se destinam a bebés em fase de pré-alta, para aquisição de autonomia alimentar e ganho ponderal.

A equipa multidisciplinar conta com 38 enfermeiros, 8 médicos e 12 assistentes operacionais. Tem apoio de administrativo, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta da fala e dietista. Estes profissionais têm como objetivos: cuidar do RN prematuro e/ou de risco; apoiar os pais e família dos RN em situação de crise e encaminhar para as diferentes especialidades de saúde de acordo com as suas

necessidades/dificuldades; procurar a colaboração integrada de uma vasta equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados ao RN; apoiar os Pais na transição para o domicílio, promovendo a sua integração e autonomia nos cuidados ao bebé; assegurar a continuidade de cuidados após a alta.

Após uma reunião informal com a enfermeira coordenadora e a enfermeira orientadora, e de forma a dar resposta ao objetivo geral definido para todos os módulos, defini dois objetivos específicos para este contexto, sendo o primeiro:

- **Desenvolver competências do EESIP no cuidar do RN e família em situações de especial complexidade com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento**

O RN de alto risco pode ser definido como aquele que, independentemente da idade gestacional ou do peso ao nascer, apresenta risco de morbilidade ou mortalidade superior à média devido a condições ou circunstâncias associadas ao nascimento e à adaptação à vida extra-uterina (HOCKENBERRIE e WILSON, 2011). Estes recém-nascidos necessitam de ficar internados na UCIN para receberem tratamento individualizado e promotor do crescimento e desenvolvimento. O ambiente da UCIN é complexo e exigente, já que nestes RN é necessária uma avaliação sistemática constante, nomeadamente naqueles com baixo peso ao nascer (BPN), muito baixo peso ao nascer (MBPN) e extremo baixo peso (EBP), que possuem menor capacidade para resistir ao stress fisiológico prolongado, podendo morrer em minutos após exibirem sinais ou sintomas anormais, caso o processo patológico subjacente não seja corrigido (HOCKENBERRIE e WILSON, 2011). Trabalhar num ambiente altamente tecnológico deste tipo de unidade, em que o RN parece perdido no meio de tanto equipamento tecnológico, torna-se também um desafio, principalmente no que toca a uma prestação de cuidados que promova o crescimento e desenvolvimento destes RN.

Tendo em conta a especificidade deste tipo de unidade e a limitação da duração do estágio, não seria possível atingir uma prestação de cuidados autónoma, pelo que desenvolvi competências através da observação participada nos cuidados aos RN.

A primeira atividade que desenvolvi, e que mantive durante o estágio foi a pesquisa bibliográfica, pois a predisposição de adquirir e aprofundar conhecimentos acreditando na realidade em que está inserido e pela qual estabelece relações e interações, motiva e impulsiona o enfermeiro a melhorar a sua prática profissional na UCIN (KLOCK e ERDMANN, 2012). Assim, tentei dar resposta às lacunas no meu

conhecimento acerca dos cuidados ao RN de risco, na busca do desenvolvimento de competências para a **produção e um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde** com que me fui deparando.

Particpei nos cuidados aos RN juntamente com a enfermeira orientadora, no início apenas através da observação, mas à medida que foi avançando o estágio foi-me permitido prestar cuidados mais simples, sempre com supervisão.

No ambiente da UCIN existem estímulos excessivos, stressantes, inapropriados e potencialmente nocivos ao desenvolvimento do recém-nascido, provenientes dos equipamentos de monitorização e das atividades da unidade, que têm sido correlacionados com a incidência de hemorragia intracraniana, sobretudo nos RN de MBPN e EBP. Para além disso, todos cuidados de enfermagem que envolvem a manipulação do RN estão associados a períodos frequentes de hipoxia, baixa de saturação de oxigénio e elevação da pressão intracraniana, sendo que quanto maior a imaturidade do RN, menos a sua capacidade de lidar com os procedimentos sem os interpretar como estímulos nocivos (HOCKENBERRIE e WILSON, 2011). Os enfermeiros, e nomeadamente o EESIP, devem por isso adotar estratégias para controlar o ambiente da unidade, bem como o impacto negativo de algumas intervenções mais invasivas, o que pode ser conseguido através de uma prestação de cuidados promotora do desenvolvimento. Desta forma senti necessidade de aprofundar conhecimentos acerca deste tipo de cuidados.

Ao participar nos cuidados como mudar a fralda e posicionar o RN, alimentá-lo por sonda gástrica, colocar ao colo dos pais ou a fazer canguru, fui aprendendo as várias estratégias adotadas pelos enfermeiros no sentido de moldar os cuidados de acordo com o nível de desenvolvimento atingido e pela sua tolerância, baseando-se numa análise abrangente da sua capacidade de atingir uma determinada organização do comportamento, de forma a promover a organização e o bem-estar do RN (HOCKENBERRIE e WILSON, 2011).

As unidades de cuidados intensivos, em geral, têm uma rotina marcada por incertezas, instabilidade, imediatismo e variabilidade, exigindo a atuação de profissionais comprometidos e capacitados, que conciliem a competência, agilidade e destreza técnica com sensibilidade para compreender as necessidades individuais de cada RN. Os enfermeiros lidam com situações emocionais difíceis, em que a fragilidade e sofrimento do RN grande prematuro, a morte, sentimentos de ansiedade e insegurança

por parte dos familiares são constantes no seu cotidiano (KLOCK e ERDMANN, 2012). Assim, para além das competências técnicas, o EESIP tem de desenvolver a sua capacidade de lidar com a família, nomeadamente os pais, como uma presença constante junto do RN, olhando-os como elementos integrantes do seu foco de atenção e cuidados. Dada a limitação de conhecimentos e prática nesta área de cuidados, por algumas vezes sentir insegurança perante o olhar atento e crítico dos pais durante as minhas intervenções junto dos RN, senti necessidade de elaborar uma reflexão acerca de um episódio comunicacional que tive com os pais de um dos RN internados na UCIN, que foi feita com base no Ciclo Reflexivo de Gibbs (ANEXO VI), demonstrando assim competências para **refletir na e sobre a minha prática de forma crítica**.

Durante o estágio tive oportunidade de passar pelas três salas da unidade, começando pela Sala de Cuidados Intensivos. Como já foi referido anteriormente, um dos objetivos desta unidade é facilitar a transição da família para o domicílio através da sua integração e autonomia nos cuidados ao bebé. De forma a atingir este objetivo, os enfermeiros trabalham sob a forma do enfermeiro responsável, ficando cada RN atribuído a um enfermeiro, que geralmente é o enfermeiro que o recebe na unidade e acompanha durante o seu internamento. Esta interação tem início com a admissão do RN na sala de cuidados intensivos. Nesta sala, ao prestar cuidados a recém-nascidos de alto risco, pude compreender a importância de manter uma vigilância constante a qualquer mudança súbita, bem como da intervenção precoce (HOCKENBERRIE e WILSON, 2011), já que o estado do RN pode alterar-se em poucos minutos, entrando em falência orgânica rapidamente. Os cuidados de enfermagem centram-se na manutenção da estabilidade hemodinâmica, suporte respiratório, termorregulação, proteção contra a infeção, hidratação e nutrição adequadas, com recurso a intervenções complexas e mobilização de conhecimentos aprofundados.

Tal como referido no Enquadramento Teórico, esta é considerada por FEGRAN, FAGERMOEN e HELSETH (2008) a fase aguda, em que se dá início ao percurso hierarquizado dos CCF de acordo com HUTCHFIELD (1999), através do envolvimento parental. Nesta fase a relação enfermeiro-pais caracteriza-se pelo envolvimento recíproco caracterizado por REIS [et.al.] (2010) em que se estabelece a relação e se promove o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN de acordo com a sua vontade e competências, dando prioridade às necessidades complexas do RN e por isso sendo o

enfermeiro que mantém a liderança nos cuidados, assumindo o papel de professor perante os pais.

Posteriormente passei pela sala de cuidados intermédios. Na transição do RN para esta sala, dá-se também a transição para a fase de estabilização, em que o RN se encontra estável hemodinamicamente e é dada prioridade a outro tipo de cuidados que passam a ser caracterizados pela participação parental (FEGRAN, FAGERMOEN e HELSETH, 2008). Nesta fase a relação enfermeiro-pais é pautada pela orientação cuidada em que o enfermeiro capacita os pais para o aumento gradual da prestação de cuidados autónoma ao RN, correspondendo ao seu papel de protetor (REIS [et.al.], 2010). Os cuidados como o banho, alimentação por mama ou tetina, regulação dos ciclos de sono e interação com os pais, tomam outra dimensão, sendo o grande foco da intervenção de enfermagem.

Na sala de pré-saída encontram-se os RN que necessitam de adquirir autonomia alimentar. Quando se dá a transição para esta sala, a relação do enfermeiro com os pais passa para uma presença subtil, em que o enfermeiro assume apenas o papel facilitador de suporte (REIS [et.al.], 2010). Nesta fase de pré-alta, que na maioria faz vezes tem início ainda na sala de cuidados intermédios, os enfermeiros estabelecem uma relação de parceria com os pais, em que estes assumem a responsabilidade pelos cuidados ao RN (FEGRAN, FAGERMOEN e HELSETH, 2008), que se centram nos cuidados básicos a ter com o RN no domicílio.

Tal como abordado no enquadramento teórico, embora o momento da alta seja um momento de felicidade para os pais, é um momento assustador e que provoca ansiedade (SNEATH, 2009). A prestação de cuidados centrados na família aliada a um programa estruturado de preparação para a alta são fulcrais para capacitar os pais e facilitar a transição para o domicílio. Desta forma, definiu-se outro objetivo específico para este módulo de estágio:

- **Facilitar a transição do RN para o domicílio através da capacitação parental para a prestação autónoma de cuidados.**

Através de uma reunião informal com a Enfermeira Coordenadora da UCIN tomei conhecimento da existência de um programa formativo dirigido aos pais para Preparar a Alta do Bebê, que é um dos objetivos, já mencionados, desta unidade. Este

programa dirigia-se a todos os pais/cuidadores principais dos RN internados na UCIN (UCI, UCInt e Pré-Saída) e tinha como objetivos promover a literacia em saúde, a parentalidade, a capacitação parental e a parceria nos cuidados. A temática central era a promoção do papel parental e estava organizada numa apresentação com 92 slides, dividida em vários módulos correspondentes a temáticas como o banho do RN, a prevenção da morte súbita, amamentação e alimentação do RN, segurança, desenvolvimento do RN, principais problemas e acompanhamento de saúde após a alta, entre outros. Foi elaborada no ano de 2011 e não estava associada a nenhuma norma de procedimentos do serviço. Foi-me então transmitido pela enfermeira coordenadora que este programa de formação necessitava de ser reformulado a nível estrutural e que, apesar de os conteúdos irem de acordo às necessidades dos pais, careciam de atualização.

Dado que o friso temporal do estágio era limitado a 90 horas não conseguiria ter reformulado o programa por completo, tanto estruturalmente como a nível de conteúdos. Assim, optei por fazer a reformulação estrutural do programa visto parecer-me que seria mais facilitador depois de estruturado atualizar os conteúdos.

A reformulação do programa foi feita de acordo com as necessidades identificadas pelos enfermeiros da UCIN, mediante a aplicação de um questionário de levantamento dessas mesmas necessidades. Esses questionários foram entregues ao enfermeiro chefe de cada equipa, à enfermeira chefe e à enfermeira coordenadora. Dos 6 questionários entregues foram preenchidos e devolvidos 4, a partir dos quais foram feitas as alterações sugeridas ao Programa.

Depois de reformulado, o programa ficou constituído por 4 sessões de formação individuais, referentes às temáticas: Cuidados de Higiene e Conforto; Alimentação do RN; Segurança e Despiste de Problemas. Cada Sessão ficou com 11 a 18 diapositivos, com uma duração aproximada de 20-30 minutos. Para cada sessão foi elaborado um Plano de Sessão individual, de forma a facilitar a dinamização do programa.

De acordo com as necessidades identificadas foi também elaborado um folheto informativo de apresentação do programa “Preparar a alta do bebé”, para ser fornecido aos pais aquando da admissão do RN na sala de cuidados intermédios, contendo uma ficha de inscrição para as sessões de formação. Desta forma possibilitou-se também uma melhor organização e programação das sessões.

Com o intuito de dar a conhecer as alterações realizadas ao Programa “Preparar a alta do bebé”, bem como a sua nova estrutura, aos enfermeiros da UCIN, realizei uma

sessão de apresentação do programa no dia 6 de Dezembro. Assistiram 6 enfermeiros que classificaram a apresentação em 5 valores, numa escala de 0 a 5. O planeamento da reformulação do programa, bem como a avaliação podem ser consultados no Relatório da reformulação do programa “Preparar a alta do bebé” em anexo (ANEXO VII).

Considero que esta atividade foi muito positiva, tendo atingido o objetivo a que me propus, já que com esta reformulação o programa será brevemente dinamizado e colocado em prática, facilitando a transição para o domicílio aos pais dos RN internados na UCIN. Desta forma, desenvolvi competências para **comunicar aspetos complexos, tanto a enfermeiros, através da apresentação do programa, como ao público em geral**, dada a reformulação do mesmo. Demonstrei também **zelar pelos cuidados prestados na minha área da saúde infantil e pediátrica**, dado que a utilização deste programa de formação ira facilitar a relação de parceria entre os pais dos RN e os enfermeiros da UCIN, prática central na prestação de cuidados centrados na família. Considero ainda que **demonstrei capacidade para trabalhar, de forma adequada, na equipa interdisciplinar**, através do envolvimento dos enfermeiros da equipa no processo de reformulação do programa.

Com estes objetivos desenvolvi uma vez mais competências correspondentes à unidade *“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (...)”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, p.3), através da utilização de técnicas apropriadas de comunicação, a utilização de estratégias motivadoras para a assunção de papéis dos pais, bem como proporcionando, indiretamente, conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão específica dos processos de saúde/doença. As atividades desenvolvidas permitiram também a aquisição de competências para cuidar da criança e família nas situações de especial complexidade, e na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como promoção da vinculação no caso do RN doente ou com necessidades especiais (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

2.2.2. Serviço de Urgência Pediátrica

De acordo com o Manual de Integração, o SUP presta Serviços de Urgência à unidade setentrional, composta pelos Centros de Saúde da freguesia do Lumiar,

Benfica, Loures, Alvalade, Pontinha e respetivas extensões, dando também apoio aos Hospitais Distritais da Zona Centro-Sul. Este serviço é constituído por Balcão de Urgência (Triagem e Sala de Tratamentos) e Serviço de Observação de Pediatria (SOPed), e trabalha em colaboração com a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) e a Unidade de Técnicas de Pediatria.

O sistema de atendimento é feito através da triagem de enfermagem e dirige-se à criança dos 0 aos 18 anos menos 1 dia, qualquer que seja a patologia. Ao SUP recorrem crianças, essencialmente, com três tipos de situações:

- ⇒ Emergentes (com perigo para a vida ou função), necessitando de cuidados imediatos;
- ⇒ Urgentes, urgências simples ou grande desconforto físico (sintomatologia de aparecimento súbito ou de agravamento recente);
- ⇒ Não urgentes, situações que poderiam ser resolvidas nos Cuidados de Saúde Primários.

De acordo com o mesmo manual, esta variabilidade de situações deve-se a vários fatores, tais como a falta de informação dos pais em relação à orientação a ter na escolha da área de prestação de cuidados para dar resposta às suas necessidades, bem como a falta de conhecimento em relação à determinação da gravidade da situação. De acordo com EGERTON (2012), o recurso à urgência pediátrica tem vindo a aumentar, e estima-se que uma em cinco crianças recorra por problemas de pouca gravidade que poderiam ser tratadas em casa com a orientação apropriada. A afluência ao SUP por causas não urgentes é uma questão pertinente a nível mundial. Apesar de não haver uma única causa para esta recorrência ao SUP há estudos que focam a perceção, por parte dos pais, da gravidade do problema dos filhos como uma das razões principais (WILLIAMS, O'ROURKE e KEOGH, 2009), que pode ser influenciada por fatores como a redução das oportunidades para os pais desenvolverem as suas competências (devido a uma limitação da sua experiência com crianças nas famílias pequenas), o nível de educação dos pais, ou estes optarem geralmente por tomar decisões mais securizantes no que toca à saúde dos filhos (HENDRY, BEATTIE e HEANEY, 2005).

No que diz respeito à saúde dos filhos o papel dos pais é preponderante. Reconhecendo que os pais não são recetores passivos dos cuidados de saúde prestados aos seus filhos, mas que desempenham um papel ativo no seu tratamento, os profissionais de saúde e nomeadamente o EESIP, não devem olhar para estas crianças como utilizadores inadequados do SUP, mas sim otimizar a admissão da criança como

uma oportunidade para realizar prevenção de novos contactos bem como promoção da saúde e das competências parentais (HENDRY, BEATTIE e HEANEY, 2005; EGERTON, 2012). Assim, a atitude dos profissionais deve ser no sentido de apoiar os pais, encorajando-os e fornecendo-lhes os conhecimentos necessários para que sejam de facto os primeiros prestadores de cuidados aos seus filhos. Uma das formas que o EESIP pode utilizar para o efeito é fornecer informação verbal e escrita aos pais permitindo que estes compreendam as necessidades da criança e se sintam mais confiantes para cuidar do seu filho em casa (EGERTON, 2012).

Esta é também uma preocupação da equipa de enfermagem que, através de entrevista informal, evidenciou como sendo uma necessidade a educação dos pais, no sentido de estes serem capazes de interpretar os sinais de alarme nas diferentes faixas etárias e assim desenvolverem competências para agir de forma adequada utilizando os recursos disponíveis na comunidade. Assim, defini como objetivo específico:

- **Capacitar os pais das crianças utentes do SUP para reconhecer os sinais de alerta na criança e intervir adequadamente**

Nos primeiros turnos que realizei no SUP do HSM, pude observar a forma como alguns pais fazem uma interpretação, por vezes desadequada, dos sinais e sintomas que os filhos apresentam, levando-os por vezes a recorrer ao SUP sem necessidade, quando as crianças poderiam ser assistidas no domicílio pelos pais sob orientação adequada. Mas assisti também a situações em que as crianças chegaram ao SUP em estado grave sem que os pais se tivessem apercebido da situação. Foi o caso de um RN que foi trazido ao SUP pela mãe, por apresentar cansaço fácil a pequenos esforços, dificuldade respiratória e recusa alimentar desde o dia anterior. Era um bebé acompanhado na consulta de genética por uma doença rara – Síndrome de ATRX.

Esta mãe estava a aguardar pela chamada para a triagem, tranquilamente, com o RN ao colo. Quando entrou na triagem, a enfermeira que lá estava detetou imediatamente que o bebé se encontrava muito pálido, com dificuldade respiratória acentuada e muito prostrado. Imediatamente reencaminhou o RN para a sala de reanimação, onde acabou por fazer uma paragem respiratória com necessidade de reanimação. O bebé ficou internado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos com uma insuficiência respiratória grave com necessidade de ventilação. Esta mãe não se apercebeu da gravidade da situação até lhe ter sido explicado o que se tinha passado. Apesar de ter recorrido ao SU, a mãe não soube reconhecer os sinais de alarme no seu

filho, que se encontrava já num estágio grave de doença. Foi uma situação em que seria necessário fazer o ensino e a promoção de competências parentais para reconhecer as alterações no estado de saúde da criança, especialmente nesta mãe cujo filho tem uma doença rara e provavelmente terá mais problemas de saúde do que uma criança saudável.

Em oposição, num dos casos ao qual assisti na triagem, um lactente de 8 meses foi trazida, pela mãe, ao SUP por tosse e um episódio isolado de febre que teve cerca de 2 dias antes e que cedeu com antipiréticos. Esta criança foi sujeita a um risco acrescido de infeção por contacto com outras crianças doentes, sem necessidade, quando poderia ter sido feito o tratamento da tosse no domicílio. Porém, a mãe interpretou estes sintomas como sendo mais graves do que de facto se apresentaram e por isso considerou que a conduta adequada seria trazer o seu filho à urgência.

Tendo em conta que o tempo que os pais passam na triagem é limitado a alguns minutos, não havendo possibilidade de os reter muito tempo, muitas vezes as orientações são dadas de forma sumária.

A informação escrita é uma ferramenta de apoio importante à realização de ensinamentos aos pais, que após terem alta do serviço de urgência valorizam-na por permitir clareza, referência e segurança (KEATING, STEVENSON e FITZGERALD, 2009). Assim, considerei pertinente a realização de um folheto informativo (ANEXO VIII), que abordasse os sinais de alarme na criança, e as atitudes que os pais deveriam ter perante os sinais e sintomas apresentados pela mesma.

Através da consulta do Livro de Registos de Internamento disponível no serviço, pude constatar que as crianças até 1 ano de idade são os utentes mais recorrentes no SUP, pelo que dirigi o folheto para essa faixa etária, demonstrando conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades e implementando respostas de enfermagem apropriadas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Para além do objetivo já analisado, defini um segundo objetivo específico para este módulo de estágio:

- **Desenvolver competências do EESIP para cuidar da criança e família em contexto de Urgência, com vista à promoção do papel parental**

Durante o estágio no SUP tive oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora na prestação de cuidados às crianças, tanto no balcão de urgência como no SOPed. Tal como no estágio na UCIN, este estágio dispunha apenas de 90 horas de

contacto, e sendo também um serviço tão específico na sua metodologia de intervenção, apenas foi realizada a observação participada nos cuidados.

Tive oportunidade de estar no Serviço de Observação (SOP). Este serviço, apesar de ser um serviço de internamento, tem características muito específicas visto serem internamentos de curto prazo, com crianças com diversas patologias ou problemas, de várias faixas etárias, que necessitam de cuidados muito distintos e de uma maior vigilância. Neste serviço os enfermeiros, e nomeadamente o EESIP, têm um papel fulcral nos cuidados prestados à criança, demonstrando conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades e competências para identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, implementando respostas de enfermagem apropriadas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Aqui, como em todo o SUP, as crianças podem permanecer acompanhadas dos pais durante o dia, e por um deles durante a noite, havendo uma parceria de cuidados entre os enfermeiros e os pais da criança, que nem sempre é fácil, visto que a presença dos pais afeta várias relações interpessoais e papéis profissionais, especialmente o dos enfermeiros (CASEY, 1995).

Na Triagem, pude aperceber-me da complexidade do trabalho do EESIP por ser a porta de entrada do serviço. É necessário ter competências para fazer uma avaliação sumária mas holística e concisa da criança, num curto espaço de tempo, de forma a despistar qualquer problema que a criança possa apresentar, para além daqueles que são referenciados pelos pais ou pela própria criança ou adolescente. No início tive alguma dificuldade na classificação das situações urgentes ou não urgentes, dada a especificidade dos casos de algumas crianças, porém, à medida que fui praticando, penso que consegui evoluir e fazer uma triagem apropriada das situações, embora ainda tenha muito para aprender e desenvolver.

Na sala de reanimação tive oportunidade de observar o trabalho em equipa que é fundamental para o sucesso da atuação com a criança em estado grave. Todos os profissionais de saúde, desde as assistentes operacionais ao médico, sabem qual é o seu papel e trabalham em equipa para prestar os melhores cuidados à criança, sendo o papel do enfermeiro, e nomeadamente o EESIP, fulcral e central na equipa. A presença dos pais na sala de reanimação durante procedimentos invasivos e reanimação cardiorespiratória, foi uma das questões que me suscitou interesse, visto ter-me apercebido durante as situações que presenciei, que apesar de ser um direito dos pais que é cumprido pela equipa multidisciplinar, nem sempre é unânime a opinião dos vários elementos quanto a ser um fator positivo de ajuda ou um fator de aumento de

stress e prejudicial aos cuidados prestados à criança. Assim, elaborei uma reflexão acerca desta temática, que se encontra integrada na Reflexão acerca da observação participada nos cuidados durante este módulo de estágio, fundamentando as minhas atividades, que pode ser consultada em anexo (ANEXO IX).

Ao atingir os objetivos acima descritos, desenvolvi competências implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade através da procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família e criança/jovem, no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde, da promoção do conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença, bem como para cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

2.3. MÓDULO II – SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DO HSM

O Módulo II foi desenvolvido de 20 de Janeiro a 15 de Março, no Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSM, num total de 180 horas presenciais.

Este serviço está integrado no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria e é constituído por: bloco operatório, cirurgia de ambulatório, hospital de dia e unidade de internamento. A equipa multidisciplinar é constituída por 7 médicos, 26 enfermeiros, 9 assistentes operacionais, 2 assistentes técnicas e 1 educadora de infância. Dão apoio ao serviço uma psicóloga, dietista e professora.

A equipa de enfermagem trabalha segundo o método do enfermeiro responsável, com vista à humanização dos cuidados e possibilitando tomadas de decisão que assegurem uma melhor prestação de cuidados (CHLN, 2012). Quando a criança é hospitalizada, vivencia uma situação de stress e crise evidentes, bem como os pais/família, para quem esta situação é causadora de angústia e insegurança (MANO, 2002). De forma a promover o bem-estar físico e emocional, quer da criança quer dos pais/cuidadores, neste serviço é-lhes proporcionada a possibilidade de acompanhar a criança durante o internamento, sendo que cada unidade da criança dispõe de um cadeirão destinado aos pais/cuidadores com o objetivo de proporcionar maior conforto durante a permanência dos mesmos. No dia da cirurgia os pais podem acompanhar a

criança até à entrada do bloco operatório, voltando a contactar com a criança quando terminada a cirurgia, no recobro.

Reconhecer os efeitos da hospitalização e intervir sobre eles, saber prestar cuidados centrados na família, facilitando o papel parental e o tempo para estar em família, são algumas das competências que, segundo GIBSON, FLETCHER E CASEY (2003), os enfermeiros de pediatria, e nomeadamente os enfermeiros especialistas, devem desenvolver. Quando o internamento é necessário, a díade criança/família deve encontrar um ambiente terapêutico que mantenha o mais possível a união da família e os papéis familiares (MANO, 2002). As mudanças, como o internamento da criança, exigem da família uma necessidade de se ajustar, reorganizar, consolidar, adaptar e estabelecer novos padrões de comportamento, de forma a conseguir ultrapassar o acontecimento de uma forma saudável, sendo que a resolução satisfatória da crise depende muitas vezes do sistema de suporte existente (LOPES, 2005). Os enfermeiros de Saúde Infantil e Pediátrica devem, por isso, ter a preocupação de, para além de cuidarem da criança, desenvolverem capacidades que lhes permitam trabalhar com a família/pais, de uma forma sistemática (MANO 2002), fornecendo-lhes a informação e suporte emocional que estes necessitam para se sentirem competentes nos cuidados ao seu filho durante o internamento (CHAPADOS [et.al], 2002). Assim, intervenção de enfermagem neste serviço seja quais forem os cuidados necessários, prevê uma abordagem holística da criança e família/cuidadores, dispondo de normas e procedimentos, para que os cuidados sejam prestados de forma uniforme e com qualidade por todos os profissionais (CHLN, 2012). Porém, apesar de a parceria de cuidados estar implícita na filosofia de prestação de cuidados dos enfermeiros do serviço, não existia nenhum procedimento de atuação ou qualquer outro documento ou protocolo instituído que fosse direcionado para a promoção do papel parental.

Desta forma, através de entrevista informal com o enfermeiro orientador e a enfermeira chefe do serviço, foi-me transmitido que essa área de intervenção necessitava de ser trabalhada e dinamizada, pelo que defini o seguinte objetivo:

- **Promover uma intervenção de enfermagem estruturada, direcionada para a promoção do papel parental no serviço de Cirurgia Pediátrica**

Para satisfazer este objetivo realizei uma extensa pesquisa bibliográfica, utilizando bases de dados científicas para conseguir evidência atual sobre a temática,

bem como alguns livros atuais e de referência a nível da enfermagem pediátrica, **demonstrando assim compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.**

O serviço de Cirurgia Pediátrica encontrava-se, no momento do estágio, em processo de acreditação, com necessidade de atualização dos documentos orientadores da prática, bem como a realização de novos documentos. Assim, considerei importante elaborar um Procedimento de “Promoção do Papel Parental” em que foi feita uma pequena abordagem ao contexto teórico da temática dos Cuidados Centrados na Família, com enfoque na parceria de cuidados, e posteriormente enunciados alguns procedimentos/intervenções de enfermagem promotores do papel parental. A realização deste Procedimento foi uma forma de **promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do serviço**, já que os enfermeiros devem basear a sua atuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007). Este instrumento fornece conhecimentos acerca das temáticas já referidas, referências bibliográficas atualizadas e orientações específicas para a prática de cuidados, que vão auxiliar na estruturação e uniformização de procedimentos e intervenções de enfermagem para atingir os cuidados de excelência, bem como **ajudar na integração de novos profissionais** que vão trabalhar para este serviço no futuro, estando assim, de certa forma, a **zelar pelos cuidados prestados na minha área de especialização.**

O Procedimento, que pode ser consultado em anexo (ANEXO X), foi elaborado de acordo com o modelo de Procedimentos já existente no serviço, segundo as regras da instituição hospitalar. Este documento contém algumas intervenções de enfermagem como “Executar o acolhimento da criança/jovem e acompanhantes ao serviço” ou “Registar no boletim individual de saúde da criança o resumo do internamento e os cuidados necessários à criança, de acordo com o procedimento existente no serviço”, que estão associadas a normas de procedimentos já existentes no serviço, porém, essas normas não foram mencionadas no documento em questão visto que todos os documentos existentes no serviço estão a ser alvo de reestruturação. Também por esse motivo, este Procedimento não foi aprovado ou implementado em tempo útil de estágio, já que estruturalmente poderia ter de ser alterado de acordo com as diretrizes oriundas do processo de acreditação. Por essa razão o Procedimento não foi apresentado aos restantes elementos da equipa de enfermagem.

Ainda dentro deste objetivo, realizei um Estudo de Caso acerca de um adolescente ao qual prestei cuidados, de forma a estruturar a intervenção de enfermagem na promoção do papel parental tendo como base um caso concreto. O estudo de caso é um meio de organizar os dados, preservando o caráter único do objeto estudado. Este tipo de estudo representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, colheita e análise de dados, representando um potencial na educação. Os estudos de caso são ricos em dados descritivos, com um plano aberto e flexível que focaliza a realidade de modo complexo e contextualizado, enfatizando a multiplicidade de dimensões de um problema, focalizando-o como um todo e apresentam simplicidade nos procedimentos, além de permitirem uma análise em profundidade dos processos e das relações entre eles (VENTURA, 2007).

Com o R., um dos primeiros adolescentes que tive atribuído, e que realizou uma cirurgia complexa com grandes riscos, tive oportunidade de trabalhar com os pais no sentido de negociar a sua participação em todo o processo de cuidar, promovendo a expressão de sentimentos e emoções relativamente ao processo de doença do seu filho (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Realizei uma colheita de dados completa, com recurso a vários instrumentos de avaliação da criança e da família, incluindo o Modelo Dinâmico de Avaliação Familiar, **demonstrando assim reconhecer a importância de avaliar e adequar diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.** Com base nessa avaliação construí um plano de cuidados devidamente fundamentado, tendo em conta os principais problemas do R., a otimização do seu desenvolvimento e a promoção do papel parental. A realização deste Estudo de Caso, que pode ser consultado em anexo (ANEXO XI), foi uma forma de **abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família,** ao mesmo tempo que estruturei os conhecimentos que fui adquirindo para facilitar a sua aplicação na prática, através da utilização e adaptação desse plano de cuidados às outras crianças que tive atribuídas posteriormente.

Tendo a oportunidade de poder passar pelo Bloco Operatório (BO) pude refletir de que forma poderia ser otimizada a promoção do papel parental nesse contexto. Neste serviço os pais apenas podem acompanhar a criança até à entrada do BO e posteriormente no recobro. Porém, através da pesquisa que efetuei, tomei conhecimento que em algumas instituições é permitida a presença dos pais durante a indução

anestésica, que constitui um dos maiores momentos de stress para a criança antes de uma cirurgia. Assim, elaborei um artigo de revisão bibliográfica sobre a temática, que pode ser consultado em anexo (ANEXO XII), com o intuito de deixar no serviço, como sugestão para uma mudança na forma como é feita a promoção do papel parental nos pais das crianças submetidas a cirurgia. Com esta atividade fiquei não só a conhecer o circuito da criança por todo o serviço de Cirurgia Pediátrica, mas também aprofundei os meus conhecimentos acerca de uma prática adotada por profissionais de outros países, que pode ser muito útil na promoção do papel parental.

Um dos objetivos deste artigo era que fosse posteriormente integrado no projeto da Preparação Operatória da Criança/família, que se encontra em curso no âmbito do processo de acreditação, despertando os enfermeiros do serviço para uma prática atual e que penso que iria acrescentar valor à prática já existente de Cuidados Centrados na Família. Desta forma **promovi também a formação em serviço**, apesar de ser modo informal, promovendo a reflexão em pequenos grupos acerca da temática.

O segundo objetivo específico definido para este módulo de estágio consistiu em:

- **Desenvolver competências do EESIP no cuidar da criança e família em contexto de internamento hospitalar, com vista à maximização da sua saúde e à promoção do papel parental**

Tendo em conta que a minha experiência profissional era, até agora, apenas em contexto de adultos, tive algumas dificuldades em lidar com as especificidades da prestação de cuidados à criança/jovem e família no início do estágio. Porém, através da **gestão e interpretação, de forma adequada, da informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional num serviço de Cirurgia de adultos, e formação pós-graduada**, e com a ajuda do enfermeiro orientador, fui conseguindo ultrapassar essas dificuldades e prestar cuidados adequados a cada criança, tendo em conta o seu diagnóstico e cirurgia realizada, a sua etapa de desenvolvimento e o contexto familiar, num processo de evolução que considero ter sido bastante positivo.

Apesar de demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da saúde infantil e pediátrica que fui adquirindo através **da manutenção, de forma contínua e autónoma, do meu próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional**, a minha grande dificuldade foi aplicar esses conhecimentos na prática,

perante casos concretos e diferentes. Porém, à medida que o estágio foi avançando, fui aprendendo a adequar a minha prestação de cuidados a cada criança e jovem, a cada família, de acordo com as suas necessidades, olhando para a criança e pais como uma unidade em que centrei os meus cuidados.

Durante o estágio foram-me atribuídas crianças de diferentes faixas etárias, desde lactentes a adolescentes, e penso ter demonstrado **conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com as crianças e a família, relacionando-me com elas no respeito pelas suas crenças e cultura**. Acompanhei o G., um toddler cujos pais são brasileiros, e consegui estabelecer com a mãe uma relação terapêutica de confiança. Procurei oportunidades para trabalhar com a mesma na adoção de comportamentos potenciadores de saúde, promovendo o desenvolvimento e crescimento do G. através da transmissão de conhecimentos e orientações quanto ao tipo de estímulo que a mãe poderia dar ao G. durante o internamento (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

No caso da A., uma lactente transferida do Serviço de Neonatologia que acompanhei quase desde o início do estágio, consegui estabelecer uma relação de confiança com a mãe prestando-lhe apoio emocional e promovendo o papel parental e a vinculação, através da transmissão de conhecimentos e habilidades nos cuidados ao Recém-nascido, cuidados antecipatórios e promoção da amamentação.

Estes foram alguns dos casos que mais me marcaram pela aprendizagem que me proporcionaram na área da promoção do papel parental, mas tanto com estas crianças como com outras, penso que demonstrei **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz, tomando decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e à minha responsabilidade social e ética**, procurando ajuda e orientação sempre que necessário. Assim, na minha intervenção produzi sempre um **discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde**.

Com as atividades desenvolvidas, mantive o meu processo de desenvolvimento de competências para implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, bem como relativamente às unidades: *“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”*; *“Promove o crescimento e desenvolvimento infantil”*; *“Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e*

risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”; “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem , otimizando as respostas”; “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, p. 3, 4, 5).

3. CONCLUSÃO

Tendo em conta a importância de uma prática baseada na evidência que promova a excelência de cuidados de enfermagem, ao realizar-se a Revisão Sistemática da Literatura foi possível compreender que o estabelecimento de uma relação de parceria com os pais de RN internados na UCIN tem um papel central na promoção de competências parentais, e consequentemente na preparação das famílias para enfrentar o medo e ansiedade inerentes à alta hospitalar. Estes achados provenientes da investigação científica foram preponderantes para fundamentar as atividades realizadas não só Módulo III (Neonatologia), mas também em todos os outros módulos de estágio, visto que a parceria de cuidados e a promoção do papel parental, são práticas transversais à enfermagem pediátrica avançada, que puderam ser transferidas para os restantes contextos.

No Módulo I, num primeiro momento foi feito um estágio de observação na Consulta de Desenvolvimento do HSFX, em que se refletiu acerca do papel do EESIP na equipa multidisciplinar em contexto de consulta externa, concluindo-se que a falta de recursos humanos não permite a maximização da atuação dos enfermeiros, nomeadamente na articulação e estabelecimento de uma rede de suporte com outros recursos comunitários, porém, identificou-se a importância do EESIP na equipa multidisciplinar e na articulação desta com os pais das crianças. Num segundo momento, ao realizar o estágio na UCSPCJ, promoveram-se as competências parentais para a prática do aleitamento materno, que é a alimentação ideal e recomendada pela OMS até aos 6 meses de vida. Ao atualizar e fornecer dois folhetos informativos, e realizar a sessão de educação para a saúde “Amamentar: Alimentar, Proteger, Amar” capacitou-se as mães para esta prática, promovendo a vinculação com o RN. Neste módulo desenvolveram-se também competências a nível do desenvolvimento e crescimento da criança/jovem, através da capacitação dos pais para os cuidados antecipatórios na consulta de enfermagem de saúde infantil e vacinação.

No primeiro período do Módulo III, realizado na UCIN do HSM, desenvolveram-se competências de promoção do papel parental e a formação em serviço, com a reestruturação do programa de formação “Preparar a alta do bebé”, que envolveu os enfermeiros da própria unidade aos quais foi feita uma sessão de apresentação do referido programa já reformulado. Através da observação participada

nos cuidados desenvolveram-se competências para cuidar do RN de risco em situações de especial complexidade e em parceria com os pais. No segundo período do Módulo III, ao realizar o estágio no SUP, desenvolveram-se competências para diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança, através da observação participada em balcão de urgência e no SO-Ped. Promoveram-se também as competências parentais para reconhecer os sinais de alarme na criança no primeiro ano de vida, e intervir adequadamente, com a realização de um folheto informativo.

Finalmente no Módulo III, realizado no Serviço de Cirurgia Pediátrica, a elaboração de uma norma de Procedimento, de um Estudo de Caso e de um Artigo de revisão bibliográfica, promoveu-se a uniformização e estruturação das intervenções de enfermagem no âmbito da promoção do papel parental, promovendo uma prática de cuidados de excelência. Desta forma promoveu-se o próprio desenvolvimento pessoal e profissional, mas também o dos profissionais da equipa de enfermagem.

Em suma, a Unidade Curricular Estágio permitiu aprofundar e consolidar os conhecimentos adquiridos no presente Curso de Mestrado, mas também mobilizar conhecimentos provenientes da minha formação de base, bem como da minha experiência profissional. Foram esses conhecimentos aplicados na prática de cuidados que me permitiram atingir o objetivo geral e os objetivos específicos definidos nos diferentes módulos de estágio, adquirindo assim as competências teóricas, técnicas, comunicacionais, relacionais e humanas do EESIP. A aquisição destas competências foi central para o sucesso deste percurso académico, mas também para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Este saber ser e saber fazer como EESIP tomase de uma importância ainda maior já que, não tendo experiência profissional na área da Pediatria até aqui, no decorrer do Curso de Mestrado tive a oportunidade de iniciar funções num serviço de neonatologia, podendo assim iniciar o percurso profissional na pediatria que tanto desejava.

Como limitações deste percurso, podem-se evidenciar o número reduzido de participantes na sessão de educação para a saúde, a impossibilidade de implementar em tempo útil de estágio a norma de Procedimento relativa à promoção do papel parental e a minha inexperiência na área de Pediatria. No futuro pretendo continuar a minha formação e se possível estudar a aplicabilidade dos modelos de parceria abordados.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAZIO J, BUCKLEY K. Revision of a parental stress scale for use on a pediatric general care unit. Pediatric Nursing [Em linha]. Vol. 38. N.º 2 (2012), p. 82-87. ISSN: 0097-9805.
- AHMANN, Elizabeth; DOKKEN, Deborah - Strategies for Encouraging Patient/Family Member Partnerships With the Health Care Team. Pediatric Nursing [Em linha]. Vol. 38, No. 4 (2012), p. 232-235. [Consult. Abril 2013]. ISSN: 0097805
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). 2012. Informações retiradas do site <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/> . Pesquisa acerca da temática: Breastfeeding.
- ASAI, Hiromi – Predictors of nurses’ family-centered care practises in the neonatal intensive care unit. Japan Journal of Nursing Science [Em linha]. N.º 8 (2011), p. 57-65. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: 10.1111/j.1742-7924.2010.00159.x>
- BARRADAS, A [et.al.] - Educação para a saúde: uma realidade ou utopia: opinião/expectativas das mulheres sobre a educação para a saúde realizada durante a vigilância pré-natal. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. N.º 2 (2000), p. 11-12
- BELLIN, Melissa H.; OSTEEN, Philip; HEFFERNAN, Caitlin; LEVY, Judy M.; SNYDER-VOGEL, Mary E. – Parent and Health Care Professional Perspectives on Family-centered Care for Children with Special Health Care Needs: Are We on the Same Page?. Health & Social Work [Em linha] Vol. 36, n.º 4 (2011), p. 281-290 [Consult. Abril 2013]. ISSN: 03607283
- CASEY, Anne – Ideal Partnerships. Paediatric Nursing [Em linha]. Vol. 20, n.º 5 (2008), p. 3. [Consult. Abril 2013]. ISSN 0962 9513
- CASEY, Anne – Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. Journal of Advanced Nursing. [Em linha]. 22 (6) (1995), p. 1058-1062. [Consult. 31 Jan. 2013] Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>>. ISSN 0309-2402.

- CHAMBEL, Ana Luísa - **UCC Coração de Jesus, PLANO DE AÇÃO 2010-2012**. Lisboa 2009. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. ACES III Grande Lisboa – Lisboa Central
- CHAPADOS, C. [et.al.] – Perceptions of parents participation in the care of their child undergoing day surgery: pilot-study. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing [Em linha] Vol. 25, No. 1 (2002), p. 59-70 [Consult. Jan. 2013] ISSN 0146-0862/02
- CHLN 2012– Documentos do processo de acreditação disponíveis em <<http://acredita.dgs.pt/>>
- COYNE, Imelda - Commentary on Lee P (2007) What does partnership in care mean for children’s nurses?. Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd [Em linha]. 16 (2008), p. 518–526. [Consult. 30 Jan. 2013] Disponível em <doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01832.x>
- COYNE, Imelda - Parent participation: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, Blackwell Science Ltd [Em linha]. Vol. 23, n.º 4 (1996), p. 733-740. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: 10.1111/1365-2648.ep8543675>
- DEAVE T, JOHNSON D, Ingram J - Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. BMC Pregnancy and Childbirth (2008), p. 2-6. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/30>>
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Vacinação 2012. *Direção-Geral da Saúde* (2011). Disponível em www.dgs.pt
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação. 2ª edição. Direção-Geral da Saúde (2005). ISBN 972-675-084-9. ISSN 0871-2786.
- DÒREA, José G. – Breastfeeding is an essential complement to vaccination. Ata Paediatrica [Em linha] n.º 98 (2009), p. 1244-1250. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01345.x>. ISSN: 0803–5253
- EGERTON, L. - Role of advance paediatric nurse practitioners. Emergency Nurse [Em linha]. Vol. 20, N.º 4 (2012), p. 30-34. [Consult. Abril 2013]. ISSN: 13545752

- EPLEY, Pamela; SUMMERS, Jean Ann; TURNBULL, Ann - Characteristics and trends in Family-Centered Conceptualizations. Journal of Family Social Work, Taylor & Francis Group, LLC [Em linha]. n. ° 13 (2010), p. 269–285 [Consult. 27 Mar. 2013]. Disponível em < DOI: 10.1080/10522150903514017>. ISSN: 1052-2158
- FEGRAN, Liv; FAGERMOEN, May Solveig; HELSETH, Sølvi – Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units – from closeness to detachment. Journal of Advanced Nursing, Blackwell Publishing Ltd [Em linha]. Vol. 64, n. ° 4 (2008), p. 363-371. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04777.x>. ISSN: 03092402
- FEGRAN, Liv; HELSETH, Sølvi – The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context – closeness and emotional involvement. Scandinavian Journal of Caring Sciences [Em linha]. Vol. 23, n. ° 4 (2009), p. 667-673. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00659.x>. ISSN: 02839318
- FERRARI A [et.al]. Prem Baby Triple P a new parenting intervention for parents of infants born very preterm: Acceptability and barriers. 2011. Elsevier [Em linha]. Vol. 34, n.º 4 (2011), p. 602-609. [consultado junho 2012]. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638311000701> >
- FERREIRA, Manuela; COSTA, Maria da Graça - Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. Instituto Politécnico de Viseu. [Em linha]. N.º 30 (2004), p. 51-58 [Consult. Maio 2013]. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10400.19/442>>. ISSN: 1647-662X
- FIGUEIREDO, Maria Henriqueta; CHAREPE, Zaida Borges; MELO, Pedro Miguel Almeida; SILVA, Sílvia Carla Carvalho Silva – Famílias e famílias: a avaliação integrativa do papel parental. I Seminário Internacional “Contributos da psicologia em Contextos Educativos”. Braga: Universidade do Minho (2010). ISBN: 978-972-8746-87-2
- FREITAS, Fernanda Valéria de; REZENDE FILHO, Luiz Augusto - Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. Interface (Botucatu) [Em linha], Vol.15, N.º36 (2011), p.243-256. [Consult. Maio 2013]. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. ISSN 1414-3283

- GALLANT, Mae H.; BEAULIEU, Marcia C.; CARNEVALE, Franco A. - Partnership: an analysis of the concept within the nurse–client relationship. Journal of Advanced Nursing. Blackwell Science Ltd [Em linha]. 40(2) (2002), p. 149–157 [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02357.x>. ISSN: 03092402
- GONÇALVES, Ana Raquel Saraiva – Aprender a ser mãe. Processos de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto. Sísifo / Revista de Ciências da Educação, ISSN: 1646-4990.n.º 5. (2008), p. 59-67
- HENDRY S, BEATTIE T, HEANEY D. - Minor illness and injury: fatores influencing attendance at a paediatric accident and emergency department. Archives of Disease in Childhood. [Em linha] vol. 90, n.º 6 (2005), p. 629-633 [Consult. Abril 2013]
- HEXEM K, BOSK A, FEUDTNER C. The dynamic system of parental work of care for children with special health care needs: a conceptual model to guide quality improvement efforts. BMC Pediatrics [Em linha]. Vol.11 (2011), p.11-95. [Consultado em junho 2012]. Disponível em <URL:<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/11/95>>
- HOCKENBERRY, Marylin J.; WILSON, David – **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. ISBN: 978-85-352-3447-3
- <http://www.chln.min-saude.pt/departamentodepediatria/>
- HULLEY, S. et al. – **Delineando a Pesquisa Clínica**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN: 978-85-363-1361-0.
- HUTCHFIELD, Kay – Family-centred care: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. Blackwell Science Ltd [Em linha] Vol. 29, n.º 5 (1999), p. 1178-1187. [Consult. 27 Mar. 2013] Disponível em <doi:10.1046/j.1365-2648.1999.00987.x>. ISSN: 03092402
- ICHIJIMA E, KIRK R, HORNBLOW A. Parental Support in neonatal intensive care units: a cross-cultural comparison between New Zealand and Japan. Journal

- of Pediatric Nursing [Em linha] n.º 26 (2001), p. 206-215. Disponível em Elsevier: <doi:10.1016/j.pedn.2009.10.003>
- JOHNSON S [et.al]. Randomized trial of a parenting intervention for very preterm infants: outcome at 2 years. The journal of Pediatrics [Em linha]. Vol. 155, N.º 4 (2009), p. 448-495. Disponível em <doi: 10.1016/j.jpeds.2009.04.013>
 - KEATING, D.; STEVENSON, K; FITZGERALD M - Parents' perceptions and needs of children's hospital discharge information. International Journal of Nursing Practice [Em linha] n.º 15 (2009), p. 341–347. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01765.x>>. ISSN: 1322-7114
 - KENNER, Carole; LOTT, Judy Wright – **Comprehensive Neonatal Nursing – A Physiologic Perspective**. 3ª ed. EUA: Elsevier Science, 2003. ISBN: 0-7216-9717-8
 - KLOCK, Patrícia; ERDMANN, Alacoque Lorenzini – Cuidado do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Em linha]. 46 (1) (2012), p. 45-51. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: <http://dx.doi.org/S0080-62342012000100006>>. ISSN: 0080-6234
 - LEMES, Aida [et.al.] - Un fenotipo clínicamente reconocible: síndrome alfa-talasemia con retraso mental ligado al cromosoma X (ATR-X): Análisis clínico y molecular en dos hermanos. Archivos de Pediatría del Uruguay [Em linha]. Vol. 80, n.º 2 (2009), p. 123-128. [Consult. Abril 2013]
 - LEVY L, BÉRTOLO H. - Manual do Aleitamento Materno. Edição Revista (2008). Comité Português para a UNICEF. ISBN: 96436. Lisboa (2008), p. 7-8
 - LOPES, Sandrine; FERNANDES, Pedro Gabriel – O papel parental como foco de atenção para a prática da enfermagem. Sinais Vitais. ISSN 0872-8844. n.º 63 (2005), p. 36 a 42.
 - MANO, Maria João – Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. Revista Referência. n.º 8 (2002). p. 53-61

- **Manual de Integração de Elementos Recém-admitidos no SUP – 2010;**
- MARTINS, Filomena de Jesus Rosa – Educar para a saúde – uma prioridade nos Cuidados de Saúde Primários. Revista Sinais Vitais. ISSN: 0872-8844. N.º 78 (2008), p. 41-43
- MCINTOSH, Jean; RUNCIMAN, Phil - Exploring the role of partnership in the home care of children with special health needs: Qualitative findings from two service evaluations. International Journal of Nursing Studies. Elsevier Ltd. [et.al.]. Vol. 45, n. º 5 (2008), [Consult. 20 Mar. 2013] p. 714–726. Disponível em <doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.12.012>. ISSN: 00207489
- MIKKELSEN, Gitte; FREDERIKSEN, Kirsten - Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. Blackwell Publishing Ltd [Em linha]. 67 (5) (2011), p. 1152-1162. [Consult. Mar. 2013]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x>. ISSN: 0309-2402
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Agrupamento de Centros de Saúde: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Junho 2008
- NUNES, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. Revista Percursos. ISSN: 1646-5067. n.º 15 (2010), p. 1-37
- O'BRIEN, Karel [et.al.] – A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. BMC Pregnancy and Childbirth [Em linha]. n. º 13(Suppl 1):S12 (2013), p. 1-8. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/S1/S12>
- OLSHTAIN-MANN, ORLY; AUSLANDER GAIL K . Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: are they still at (parental) risk?. Health & Social Work [Em linha]. Vol.3, N.º 4 (novembro 2008) p. 299-308. ISSN: 03607283.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. Maio 2004. p. 23-24
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Dezembro 2001. p.9

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. Comissão de Formação [Em linha] (2007). Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPPraticas.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos enfermeiros (2010)
- PEDRAS, Célia do Rosário Neto – Preparação para a parentalidade”. Revista Servir. ISSN: 0871-2379. Vol. 55, n.º 4/5 (2007), p. 166-169
- PRITCHARD, Margo [et.al] – Parental experiences and preferences witch influence subsequent use of post-discharge health services for children born very preterm. Journal of Paediatrics and Child Health, Paediatrics and Child Health Division (Royal Australasian College of Physicians) [Em linha]. n. ° 44 (2008), p. 281-284. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: 10.1111/j.1440-1754.2007.01256.x>
- REIS, Misty [et.al.] – Developing Nurse/Patient Relationships in the NICU through negotiated partnership. Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing: JOGNN/NAACOG [Em linha]. Vol. 39, n.º 9 (2010), p. 675-83. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01189.x>
- SHEIKL, Lisa; O'BRIEN, Marion; McCLUSKEY-FAWCETT, Kathleen - Parent Preparation for the NICU-to-Home Transition: Staff and Parent Perceptions. Children's Health Care [Em linha] Vol. 22, n. ° 3 (1993), p. 227-239. [Consult. Abril 2013]. ISSN: 02739615
- SHIEH, Shwu-Jiuan [et.al.] – The effectiveness of structured discharge education on maternal confidence, caring knowledge and growth of premature newborns. Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd [Em linha] n. ° 19 (2010), p. 3307-3313. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03382.x>. ISSN: 09621067
- SMITH, M - Good Parenting: Making the diference. Elsevier [Em linha]. N.º 86 (2010), p. 689-693. [consultado junho 2012]. Disponível em <www.elsevier.com/locate/earlhumdev>. ISSN: 03783782

- SMITH, VC [et.al.] – Are families prepared for discharge from the NICU?. Journal of Perinatology, Nature Publishing Group [Em linha]. 29, n.º 9 (2009), p. 623-629. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: 10.1038/jp.2009.58>. ISSN: 07438346
- SMITH, Vincent C [et.al.] – Neonatal Intensive Care Unit Discharge Preparedness: Primary Care Implications. Clinical Pediatrics [Em linha] 51(5) (2012), p. 454-461. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <http://cpj.sagepub.com, doi:10.1177/0009922811433036>. ISSN: 1938-2707
- SNEATH, Nicole - Discharge traching in the NICU: Are parents prepared? An integrative review of parents perceptions. Neonatal Network [Em linha]. Vol. 28, n.º 4 (2009), p. 237-238
- SU, Lin [et.al] – Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breastfeeding: randomised controlled trial. BMJ [Em linha] (2007), p. 335:59. Disponível em <http://www.bmj.com/content/335/7620/596.full>
- TRAJKOVSKI, Suza; SCHMIED, Virginia, VICKERS, Margaret, JACKSON, Debra - Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study. Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd [Em linha]. N.º 21 (2012), p. 2477–2487. [Consult. Maio 2013]. Disponível em < doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04138.x>. ISSN
- TURAN, Türkan; BAŞBAKKAL, Zümrüt; ÖZBEK, Şenay. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd [Em linha]. n.º17 (2008), p. 2856-2866. [Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x>
- UNICEF, WHO, UNESCO, UNFPA, UNDP, UNAIDS, WFP - Facts for Life, Fourth edition. United Nations Children's Fund ISBN: 978-92-806-4466-1 (2010), p. 48-59
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Instituto Ciências da Saúde - *Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria: Guia de Estágio*. 2012. [Disponível no ICS, Lisboa].

- VENTURA, Magda Maria - O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. Revista SOCERJ [Em linha]. Vol. 20, N.º 5 (2007), p. 383-386. [Consult. Maio 2013]. Disponível em <http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf>
- VIEIRA AR [et.al.] - Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura. Revista Servir. ISSN 0871-2379. Vol. 56, n.º ¾. (2008), p. 146-150.
- VILELAS, José – **Investigação. O processo de construção do conhecimento**. Lisboa: Edições Sílabo, 2009. ISBN: 978-972-618-557-4
- WIGERT H, BERG M, HELLSTROM A. Parental presence when their child is in neonatal intensive care. Scandinavian Journal of Caring Sciences [Em linha]. 24 (2010), p. 139-146. [Consultado junho 2012]. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2009.00697.x/full>>
- WIGGINS, Marjorie Splaine - The partnership care delivery model: an examination of the core concept and the need for a new model of care. Journal of Nursing Management [Em linha]. Vol. 16 n.º 5 (2008), p. 629-638 [Consult. Mar. 2013]. Disponível em <10.1111/j.1365-2834.2008.00900.x>. ISSN 09660429
- WILLIAMS A, O'ROURKE P, KEOGH S - Making Choices: why parents present to the emergency department for non-urgent care. Archives of Disease in Childhood [Em linha] n.º 94 (2009), p. 817-820.[Consult. Abril 2013]. Disponível em <doi: 10.1136/adc.2008.149823>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students. 2009. ISBN 978 92 4 159749 4. p. 9-76

5. ANEXOS

ANEXO I - FOLHETO “VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO”

Apoios

Neste processo é normal que surjam dificuldades.

Não hesite em esclarecer as suas dúvidas!



Linhas telefónicas úteis

Espaço Amamentação Maternidade Dr. Alfredo da Costa: (2ª a 6ª das 8h00 às 16h30) 213 184 030

Mama Mater: (Associação de aleitamento materno de Portugal) 919 422 852

SOS Amamentação: 213 965 650

Linha de Saúde 24: 808 24 24 24

Centro de Saúde Coração de Jesus: 213 808 458



Lembre-se...

*Amamentar é amar
sem palavras!*

Sites a consultar

<http://www.aleitamento.com>

<http://www.amamentar.org>

<http://www.sosamamentacao.org.pt>



Com o Município de Terras de Arouca e o Município de Vila Verde
para as intervenções de intervenção de Saúde, Educação e Pastoral

Aluna : Vera Neto
Enf.ª Orientadora: Cristina Barata;
Docente: Professora Zaida Charepe
Junho 2012



UCP Coração de Jesus
Avenida Padre Serra, 1-11, 4150-070 Ourense
Tel: 20228 400 - Linha Verde 212684046 - Fax: 20228 400
Coordenadora: susan@ucp-cj.com.pt



Amamentar:
Alimentar, Proteger, Amar

**Vantagens do Aleitamento
Materno**

Amamentar cria uma ligação emocional poderosa e única entre a mãe e o seu bebé

(UNICEF [et.al], 2010)

Vantagens para a mãe

- Amamentar exclusivamente e quando o bebé pede, ajuda a atrasar o aparecimento da menstruação mas há sempre a possibilidade de engravidar, sendo necessário fazer anti-contracetivos
- Amamentar após o parto estimula a produção de leite e promove a contração do útero diminuindo o risco de hemorragia e infeção
- Reduz a probabilidade do aparecimento de Cancro da Mama e do Ovário, Diabetes tipo II, Artrite Reumatoide e doenças Cardiovasculares



Vantagens para o seu bebé

Vantagens Nutricionais

- Contém todos os nutrientes e a água que o seu bebé necessita para dar suporte ao desenvolvimento e crescimento do corpo;
- É mais facilmente digerido e absorvido, pelo que diminui a frequência de cólicas.



Vantagens Imunológicas

- Protege-o da diarreia, infecções auditivas e pulmonares, e outros problemas de saúde
- Protege-o contra alergias

Outras vantagens

- Diminui o risco de desenvolver diabetes, obesidade entre outras doenças;
- Melhora a formação da boca e o alinhamento dos dentes.
- Ajuda mais tarde na adaptação a outros alimentos



Vantagens para a família

- É gratuito e por isso muito mais barato do que o leite de compra
- Método mais económico, uma vez que não necessita de comprar biberões, tetinas e outros equipamentos;
- É mais facilitador colocar o bebé à mama do que ter de ir preparar o leite de compra, e não exclui a participação do pai que pode preparar o bebé para depois ser amamentado
- Dá mais liberdade para sair de casa sem ter de trazer os biberões e latas;



ANEXO II - FOLHETO “POSIÇÕES CORRETAS DE AMAMENTAÇÃO”

Para terminar a mamada

Espere que o bebé largue a mama sozinho

Coloque o bebé a arrotar



Verifique se a mama foi completamente esvaziada.

Se não, ofereça-lhe a mesma mama.

Caso contrário ofereça-lhe a outra mama. Se não foi completamente esvaziada, pode utilizar uma bomba para extrair o leite ou fazê-lo manualmente.

Lave as mãos.

Espalhe umas gotas de leite no mamilo e na aréola de forma a evitar fissuras.



nene.net.br.jpg

Em caso de dúvida contacte:

UCSP Coração de Jesus - 213 808 458

S.O.S. Grávida

(2º a 6º feira das 10h- 18h):

21 386 20 20 ou 808 20 11 39

Aconselhamos:

<http://www.amamentar.net>

<http://www.leitematerno.org>

<http://www.sosamamentacao.org.pt>

<http://www.aleitamento.com>



UCSP Coração de Jesus
Av. João Ramalho Santos, n.º 2, 1.º, 2.º, 3.º - 0870-237-13004
Tel: 213 808 440 - Linha Verde: 213 808 444 - Fax: 21 311 811 879
Correio Eletrónico: ucsp@psolboa.ntr-saude.pt



UNIVERSIDADE CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Aluna : Vera Neto

Enf.ª Orientadora: Cristina Barata;

Docente: Professora Zaida Charepe

Junho 2012



UCSP Coração de Jesus
Av. João Ramalho Santos, n.º 2, 1.º, 2.º, 3.º - 0870-237-13004
Tel: 213 808 440 - Linha Verde: 213 808 444 - Fax: 21 311 811 879
Correio Eletrónico: ucsp@psolboa.ntr-saude.pt



Posições Corretas de Amamentação



Amamentar:
Alimentação, Prontidão, Amor

Posição da Mãe

É importante, principalmente no início, que haja menos distrações possíveis, e esteja num local sossegado.

Independentemente do sítio onde vai amamentar, seja num cadeirão ou na cama, o importante é que mantenha suas costas direitas mas relaxadas, e apoiadas de modo a estar confortável.

Deve ser capaz de suportar o bebé à mama sem ter de se inclinar para a frente.

(WHO, 2009, p. 15)(APP, 2012)



portaleducacao.com.br.jpg

Posição do Bebé

Assim que a mãe está posicionada de forma confortável e adequada, pode posicionar o bebé de diferentes formas, sendo fundamental que o bebé esteja bem posicionado e bem adaptado à mama.



Sinais de que o bebé está em boa posição para a amamentação:

- A cabeça está alinhada com o corpo;
- O bebé está perto do corpo da mãe;
- O corpo do bebé está todo virado para a mãe;
- O corpo do bebé está totalmente suportado, seja pela mãe ou por almofadas
- O bebé está relaxado, confortável e a mamar.

(UNICEF [et.al], 2010, p. 53; WHO, 2009, p. 15)

Coloque o seu bebé na mama

Espere que o bebé abra bem a boca. Pode estimular esta abertura com o toque do mamilo no lábio do seu filho.

Quando a boca estiver bem aberta, aproxime rapidamente o bebé da sua mama com o mamilo direcionado para o céu-da-boca.



oo.clasfop.or.us.jpg

Pega correta



feminoterapia.wordpress.com.jpg

- A boca bem aberta com os lábios virados para fora
- Queixo e nariz encostados à mama
- Tem maior quantidade de aréola possível dentro da boca
- Vê-se mais aréola acima da boca do que abaixo;
- A boca e a língua do bebé não magoam ou traumatizam o mamilo nem a aréola

ANEXO III - RELATÓRIO DA SESSÃO “AMAMENTAR: ALIMENTAR,
PROTEGER, AMAR”



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

**Relatório da Sessão de Educação para a
Saúde**



Realização:

Vera Neto n.º 192011078

Orientação:

Enf.ª Cristina Barata

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	4
1. PLANEAMENTO DA SESSÃO.....	5
1.1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO	5
1.2. JUSTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DO PROGRAMA	5
1.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	8
1.4. PÚBLICO-ALVO.....	8
1.5. CONTEÚDOS EDUCATIVOS	9
<u>1.5.1. Introdução</u>	9
<u>1.5.2. Vantagens do Aleitamento Materno</u>	9
<u>1.5.3. Fisiologia do Aleitamento Materno</u>	11
<u>Hormonas responsáveis pela amamentação</u>	12
<u>Tipos de Leite</u>	14
<u>Reflexos do bebé</u>	15
<u>A pega</u>	16
<u>1.5.5. Posições corretas de amamentação</u>	18
<u>1.5.6. Períodos de amamentação</u>	19
<u>1.5.7. Dieta da Mãe durante o período de amamentação</u>	20
<u>1.5.8. Medicação que a mãe pode tomar durante o período de amamentação</u> 20	
<u>Mitos</u>	21
<u>1.5.9. Problemas que podem surgir – sinais de aviso</u>	22
<u>Na mãe</u>	22
<u>No bebé</u>	23
<u>1.5.10. Duração do Aleitamento materno</u>	25
<u>1.5.11. Extração de Leite Materno</u>	25
<u>1.5.12 Conservação do Leite Materno</u>	26
<u>1.5.13. Quando há doença Materna</u>	26
<u>1.5.14 Indicações para a Suplementação</u>	27
<u>1.5.15. Recomendações de boas práticas de amamentação</u>	27
1.6. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO E METODOLOGIA.....	28
<u>1.6.1. Plano da Sessão</u>	29
<u>1.6.2. Metodologia de Avaliação</u>	30
2. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	31

<u>2.1. AVALIAÇÃO FORMATIVA.....</u>	<u>32</u>
<u>2.2. AVALIAÇÃO DE PROCESSO.....</u>	<u>33</u>
<u>3. CONCLUSÃO.....</u>	<u>34</u>
<u>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u>	<u>35</u>
<u>5. ANEXOS.....</u>	<u>38</u>

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizei um projeto com base no diagnóstico de situação que efetuei na Unidade de Cuidados Personalizados Coração de Jesus (UCSPCJ). Nesse projeto, um dos objetivos que delineei foi: “*Promover competências parentais para a prática do Aleitamento Materno nas mães de lactentes atendidos na consulta de enfermagem/Vacinação, com enfoque no primeiro mês de vida*”, de forma que para o atingir me propus a realizar uma Sessão de Educação para a Saúde para grávidas acerca do Aleitamento Materno. Assim, visto não ser a primeira vez que este tipo de ação é realizada nesta unidade, consultei o material disponível e de forma a ter em conta a apresentação já feita quando da estruturação da sessão. Visto que o que pretendo é fazer uma sessão com dados atualizados e pertinentes, utilizei como base a apresentação **Breastfeeding Support and Promotion** feita pela Associação Americana de Pediatria (APP) que está disponível no site da mesma para que os profissionais possam utilizar para realizar sessões de promoção da Amamentação. Porém, fui alterando a estrutura consoante as necessidades da população utente da UCSPCJ, bem como aquilo que considero ser uma estrutura adequada.

MARTINS (2008, p. 42) considera que educar para a saúde não pode restringir-se a uma mera atividade informação, que sendo particularmente útil, não é suficiente. A informação veiculada deve assentar numa perspetiva que tenha em conta a realidade individual, não devendo assim assumir um carácter demasiado prescritivo, já que não é bem aceite e é pouco útil na indução de mudança. Assim, realizei uma sessão de Educação para a Saúde que deve ficar como suporte a futuras ações por parte dos Enfermeiros da UCSPCJ, dando-lhes a liberdade de alterarem conteúdos futuramente com vista à sua atualização. No planeamento da sessão, irei abordar conteúdos de forma mais alargada do que na própria sessão, visto não ser aconselhável ser uma sessão extensa. Assim, no futuro, este instrumento poderá servir de apoio a outras formações que sejam feitas na UCSP acerca do Aleitamento materno. Esta sessão surge também como um apoio e um reforço ao trabalho que já é feito com as utentes durante as consultas de enfermagem, tanto no período pré-natal como no período pós-parto.

1. PLANEAMENTO DA SESSÃO

De acordo com CARVALHO e CARVALHO (2006, p. 52) e tendo em conta que o foco subjacente a esta Sessão de Educação para a Saúde é o Aleitamento Materno, optei por um planeamento medianamente estruturado, que irá definir as linhas fundamentais de atuação da Sessão, mas que seja suficientemente flexível para ter capacidade de se adaptar em cada momento às necessidades e situações concretas que se possam apresentar no seu desenvolvimento. Assim, irei planear a Sessão de acordo com as etapas descritas por estes mesmos autores, adaptando à realidade do contexto em que estou inserida.

1.1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Nesta fase, de acordo com CARVALHO e CAVALHO (2006, p. 53), nesta etapa do planeamento, devem ser determinadas as necessidades educativas do grupo a quem se destina a intervenção de Educação para a Saúde. Assim, esta etapa foi realizada aquando da realização do Diagnóstico de Situação para a elaboração do Projeto de Estágio. Nesse projeto, identifiquei de acordo com os dados disponíveis, que um dos grandes problemas da população utente da UCSPCJ, relativamente à saúde infantil, é o abandono do Aleitamento Materno Exclusivo precocemente, sendo que grande parte das mães abandona essa prática antes de o bebé completar um mês de vida. Assim, é urgente intervir nesta área e promover o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida da criança.

1.2. JUSTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DO PROGRAMA

A transição para a parentalidade é, de acordo com VIEIRA [et.al.] (2008, p.146), um fenómeno complexo que requer interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e aquisição de novas habilidades para assumir um novo papel. Torna-se assim fundamental proporcionar às mães acesso a informação e orientação durante todo esse período (DEAVE [et.al.], 2008. p.2). VIEIRA [et.al.] (2008, p. 150) refere que um dos conteúdos que deve ser abordado numa sessão de educação para a parentalidade devem ser relacionados com o aleitamento materno, de forma a promover na mãe um sentido

de auto eficácia e competência, diminuindo conseqüentemente o seu sentimento de inadequação, a falta de conhecimento e a labilidade emocional.

Em Portugal, após o período da industrialização em que a maioria das mães deixou de amamentar, a partir dos anos 70 verificou-se um retorno gradual à prática do aleitamento materno, sobretudo nas mulheres mais informadas, sendo que alguns estudos apontam para uma alta incidência desta prática (LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 7). Porém, esses mesmos estudos que referem que 90% das mulheres iniciam o aleitamento materno, revelam que quase metade das mães desiste de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebê tal como evidenciado pelo estudo de GONÇALVES (2008, p. 64) em que uma das perspectivas das mães primíparas, ao fim de dois meses de vida do bebê, era deixar de amamentar aquando do seu regresso ao trabalho. Torna-se assim fundamental implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno em Portugal (LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 8), sendo competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil promover a amamentação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 5). GONÇALVES (2008, p. 62) refere-nos que as puérperas evidenciam problemas relacionados com três dimensões: com a própria mãe, com o bebê e com o sistema familiar. Uma das esferas de preocupação das mães, segundo a mesma autora, é a amamentação, em questões como o posicionamento correto, a estrutura anatómica dos mamilos, a subida de leite e as soluções mais eficazes para superar as dificuldades adjacentes. É por isso fundamental que o Enfermeiro especialista em Saúde Infantil e pediátrica atue no sentido de chegar a estas mães e educá-las para a parentalidade, promovendo a vinculação de forma sistemática, tal como é sua competência (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 5). De acordo com a WHO (2009, p.1), a promoção das boas práticas alimentares nas crianças constituem uma das intervenções mais eficientes na melhoria da Saúde Infantil. O leite materno exclusivo é o melhor alimento para a criança nos primeiros 6 meses de vida (UNICEF [et.al], 2010, p. 48) e as suas vantagens são múltiplas, tanto para a mãe como para o bebê, tais como a proteção do bebê de doenças agudas e crónicas, sendo já bastante reconhecidas a curto e longo prazo (2009, p. 5). Segundo a WHO (2009, p. 3) se o Aleitamento Materno fosse uma prática universal, 13% das mortes de crianças com menos de 5 anos de idade podiam ser prevenidas. Educar para o aleitamento materno é por isso fundamental na promoção da saúde infantil. BARRADAS [et.al] (2000, p. 11), considera que o papel do educador por parte dos profissionais de enfermagem se faz notar através da necessidade do processo de educação para a saúde ser uma relação enfermeiro/utente em constante

feedback de interatividade, onde os enfermeiros ocupam lugar importante com competências próprias, desempenhando um papel importante de aconselhamento na educação para a saúde. Segundo o mesmo autor, (p.11) a amamentação é considerado um dos temas mais importantes pelas utentes que é abordado pelas enfermeiras mas por vezes não tanto quanto seria necessário. Parece então tornar-se evidente a necessidade por parte dos Centros de Saúde, de proporcionar apoio e ajuda nestas situações, principalmente no que toca aos enfermeiros, nomeadamente ao Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, que tem de ter um papel fulcral na transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 5).

“Educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas. Mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde (...)” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p. 23), assim, pretende-se com esta Sessão sensibilizar as utentes para a importância do aleitamento materno exclusivo, capacitando-as e ajudando-as a gerir os seus recursos para que adquiram competências para este seu novo papel de mãe. De acordo com os mesmos autores (p. 39), a enfermagem nos cuidados de saúde primários centra-se na família, respeita e encoraja a independência e os direitos dos indivíduos, capacitando-as a tomarem as suas próprias decisões e a desempenharem as suas funções adequadamente. O papel do enfermeiro é então, neste contexto, possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e o ritmo de aprendizagem, num processo de crescimento e desenvolvimento (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p. 40), sendo que a educação para a saúde constitui um dos instrumentos mais eficazes na promoção da saúde (p. 26). A Educação para a Saúde é então vista por PACHECO (2006, p. 21), como mais do que uma atitude, mas sim uma orientação refletida da ação e procura desenvolver a responsabilidade e a capacidade crítica individual e coletiva face à Saúde. É por isso um processo educacional compreensivo, em que a responsabilidade deve ser partilhada pela comunidade, grupos sociais e indivíduos em todas as etapas da sua história, tornando-se assim muito importante informar estas utentes para que possam tomar uma decisão informada acerca do alimento que pretendem fornecer aos seus filhos.

De acordo com LIN [et.al] (2007, pp.4) a educação pré-natal acerca da amamentação melhora significativamente as taxas de amamentação exclusiva até aos 6 meses após o parto, o que vem enfatizar o enfermeiro como um facilitador, não substituto do

indivíduo mas que o estimula a desenvolver competências e a ajudar-se a si próprio. Os cuidados prestados surgem assim numa relação de parceria entre o enfermeiro e o cliente que passa a ser sujeito ativo, corresponsável no processo de promoção da saúde. Pretende-se por isso educar para o aleitamento materno, porém não se pretende que as mães saiam no final com uma decisão tomada ou com uma ideia formada daquilo que devem fazer. Não se pretende que esta seja uma ação isolada mas sim que venha enfatizar a importância do aleitamento materno e que seja parte de um cuidado de enfermagem continuado no tempo com as consultas de saúde infantil.

Os cuidados de saúde primários, sendo o primeiro nível de assistência no sistema de saúde, são por isso mais uma vez considerados um local privilegiado de promoção de alteração dos hábitos de risco (MARTINS, 2008, p. 43).

1.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Objetivo Geral: Promover o Aleitamento Materno exclusivo até aos 6 meses de vida nas utentes grávidas da UCSPCJ.

Objetivos específicos:

- No final da sessão as utentes devem ficar sensibilizadas para as vantagens do Aleitamento Materno Exclusivo até aos 6 meses de vida
- No final da sessão as utentes devem conhecer de uma forma geral a fisiologia do Aleitamento Materno
- No final da Sessão as utentes devem sentir-se mais capacitadas para uma boa prática do Aleitamento Materno

1.4. PÚBLICO-ALVO

O público-alvo desta sessão são mulheres grávidas em qualquer idade gestacional, inscritas na UCSPCJ, que foram convocadas aquando das suas consultas médicas de vigilância da gravidez, para isso utilizei o convite (Anexo 1) que já existia na UCSCJ que havia sido realizado para uma sessão anterior e adaptei ao contexto atual.

A sessão é dirigida a mulheres grávidas, primíparas ou multíparas, visto que tal como já foi referido anteriormente, a educação pré-natal das mães demonstra-se muito eficaz no desenvolvimento das competências parentais.

1.5. CONTEÚDOS EDUCATIVOS

Visto que este é um instrumento que irá ficar na UCSPCJ para ser utilizado posteriormente, os conteúdos educativos que irei abordar são extensos e abrangentes, porém, não seria adequado realizar uma sessão que se prolongasse mais do que 1 hora, tendo em conta a população-alvo. Assim, na sessão não serão abordados todos os conteúdos abaixo descritos mas apenas aqueles que considero prioritários de acordo com as necessidades apresentadas neste momento pelas utentes. Deixo no entanto este instrumento mais completo para que em ações futuras o formador possa seleccionar e adaptar os conteúdos às necessidades do momento.

1.5.1. Introdução

Para que a amamentação tenha sucesso, é necessária a conjugação de 3 fatores, de acordo com LEVY e BÉRTOLO (2008, p. 10):

- A decisão de amamentar – sendo uma decisão pessoal, está sujeita a múltiplas influências. A mãe que decide não amamentar não deve ser culpabilizada e deve ser aconselhada acerca de leites artificiais. Porém, é a obrigação dos profissionais informar e aconselhar todas as mães acerca do aleitamento materno e as suas vantagens.
- Estabelecimento da lactação – acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto ou no período pós-parto imediato, podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno.
- Manutenção da amamentação – são especialmente importantes os primeiros 15 dias de vida do bebé, visto que durante esse período de tempo a mãe deve ser ajudada por alguém que a substitua nas tarefas caseiras, para que possa dedicar-se plenamente ao seu bebé, bem como ter apoio de profissionais de saúde competentes e disponíveis no centro de saúde

1.5.2. Vantagens do Aleitamento Materno

O aleitamento materno ajuda a promover a vinculação entre a mãe e o bebê (UNICEF [et.al], 2010, p. 55)

1. Para a Mãe

- Amamentar o bebê exclusivamente e quando o bebê pede durante os primeiros 6 meses de vida, ajuda a atrasar o aparecimento da menstruação, e por isso a atrasar a próxima gravidez, no entanto há sempre a possibilidade de isso acontecer, sendo necessário fazer anticoncepcionais
- Amamentar após o parto estimula a produção de leite e promove a contração do útero e conseqüentemente diminui o risco de hemorragia grave e infecção Promove a recuperação pós-parto mais rápida e fácil
- Reduz a probabilidade do aparecimento de Cancro da Mama e do Ovário mais tarde
- Reduz o risco de desenvolver Diabetes tipo II, Artrite Reumatoide e doenças Cardiovasculares
- A comunhão física e emocional entre a mãe e o bebê, proveniente da amamentação, provoca na mãe sentimentos de realização e felicidade derivados do efeito das hormonas como a prolactina que produz uma sensação de paz e conforto permitindo um relaxamento natural e que a mãe se foque no bebê, e a ocitocina que promove um forte sentimento de amor e apego entre ambos.
- É o único cuidado que apenas a Mãe pode prestar ao bebê, criando uma ligação emocional poderosa e única;

(AAP, 2012; UNICEF [et.al], 2010, p. 51)

2. Para o bebê

- O leite materno contém o perfeito equilíbrio de nutrientes para o bebê;
- Não é necessário dar água ou outro tipo de comida ou bebida ao bebê durante os primeiros 6 meses de vida, mesmo em climas muito secos e quentes;
- O leite materno é fácil de digerir;
- Contém anticorpos que transferem a imunidade e resistência a doenças da mãe para o bebê;

- O leite materno constitui a primeira imunização do bebê, protegendo-o da diarreia, infecções auditivas e pulmonares, bem como de outros problemas de saúde
- Protege o bebê contra alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca
- Faz com que os bebês tenham uma melhor adaptação a outros alimentos
- A longo prazo ajuda a prevenir doenças como a Diabetes e os Linfomas (UNICEF [et.al], 2010, p. 50, 54; LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 8)

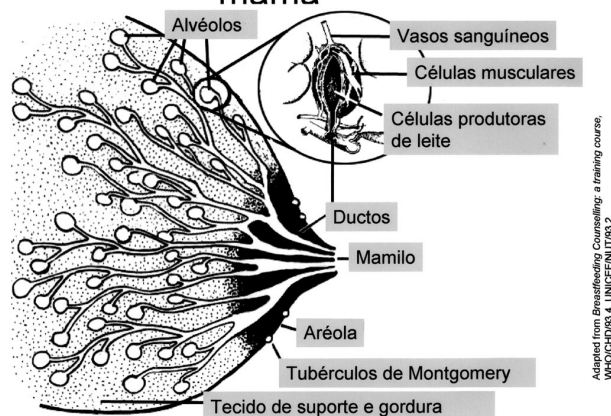
3. Para a Família

- O Leite materno é gratuito e por isso muito mais barato do que o leite de compra o que a nível de economia familiar traz inúmeras vantagens;
- É mais facilitador durante a noite colocar o bebê à mama do que ter de ir preparar o leite de compra, e não exclui a participação do pai que pode preparar o bebê para depois ser amamentado
- Dá mais liberdade para sair de casa sem ter de trazer os biberões e latas; (AAP, 2012)

1.5.3. Fisiologia do Aleitamento Materno

Anatomia da Mama

Representação esquemática da mama



(LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 20)

A Estrutura da mama inclui o mamilo e aréola, tecido mamário, tecido de suporte e ligação, gordura, sangue e vasos linfáticos, e nervos.

Tecido mamário – inclui alvéolos feitos de células excretoras de leite, e ductos que levam o leite para o exterior. Entre mamadas, o leite é coletado no lúmen dos alvéolos e nos ductos. Os alvéolos são circundados por células musculares que contraem e fazem fluir o leite através dos ductos durante a amamentação.

Mamilo e aréola – o mamilo tem ductos que levam o leite até ao exterior, bem como músculo e nervos. Na aréola estão localizadas as glândulas de Montgomery que segregam um óleo fluído que protege a pele do mamilo e a própria aréola durante a lactação, produzindo também um odor próprio que atrai o bebé.

(WHO, 2009, p. 10)

Hormonas responsáveis pela amamentação

Há duas hormonas que afetam diretamente a amamentação: a prolactina e a ocitocina. Outras hormonas tais como o estrogénio também influenciam indiretamente. (WHO, 2009, p. 11)

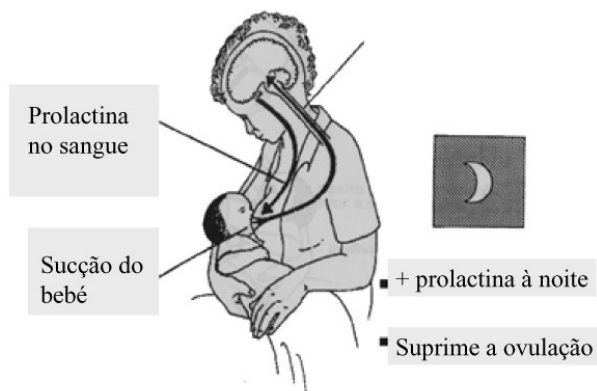
Quando o bebé faz a sucção na mama, impulsos sensórios passam do mamilo para o cérebro. Em resposta, o lobo anterior da glândula pituitária segrega prolactina e o lobo posterior segrega ocitocina. (WHO, 2009, p. 11)

Prolactina:

Esta hormona é necessária para a secreção de leite pelas células dos alvéolos. O nível de prolactina no sangue aumenta significativamente durante a gravidez e estimula o crescimento e desenvolvimento do tecido mamário, preparando-a para a produção de leite. Porém a secreção de leite não é iniciada enquanto as hormonas da gravidez (progesterona e estrogénio) são segregadas. Assim após o parto, com a diminuição destas hormonas no sangue, a prolactina já não está bloqueada e inicia-se a produção de leite.

Quando o bebê faz a sucção, o nível de prolactina no sangue aumenta e estimula a produção de leite pelos alvéolos, sendo que o seu nível é mais elevado 30 minutos após o início da mamada, visto que o seu maior propósito é estimular a produção de leite para a próxima mamada. (WHO, 2009, p. 11) Assim, a mama da mãe produz tanto leite quanto o bebê quer e precisa, quanto mais o bebê exerce sucção, mais leite é produzido (UNICEF [et.al], 2010, p. 52).

Há uma maior produção de prolactina à noite, pelo que é importante amamentar nesse período para estimular a produção de leite. Para além de que a prolactina ajuda a mãe a sentir-se relaxada e sonolenta, pelo que ajuda a mãe a descansar. (WHO, 2009, p. 11)



(LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 21)

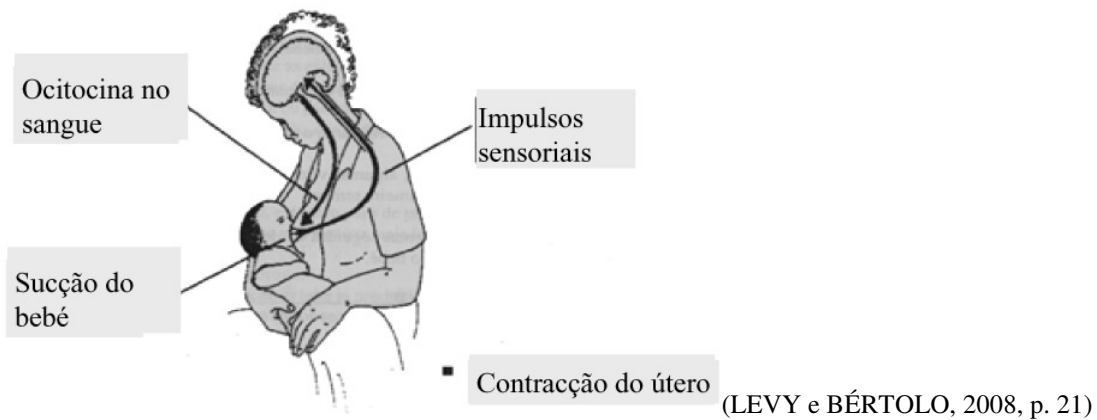
Ocitocina:

Esta hormona atua de modo a contrair as células musculares que circundam os alvéolos, e conseqüentemente faz com o leite que está coletado nos alvéolos flua pelos ductos até ao exterior durante a mamada, ajudando o bebê a receber o leite mais facilmente.

A ocitocina começa a fazer efeito quando a mãe espera pela próxima mamada, bem como quando o bebê faz a sucção. Este reflexo fica condicionado por sensações e sentimentos da mãe, tais como tocar, cheirar ou ver o seu bebê, ouvir o bebê chorar ou pensar carinhosamente no bebê. Se a mãe sente dor ou emoções negativas, o reflexo da ocitocina pode ser inibido e o leite parar de fluir bem. Assim, é importante compreender este reflexo para explicar porque é que a mãe e o bebê devem ser mantidos juntos e deve ser promovido o contacto pele com pele.

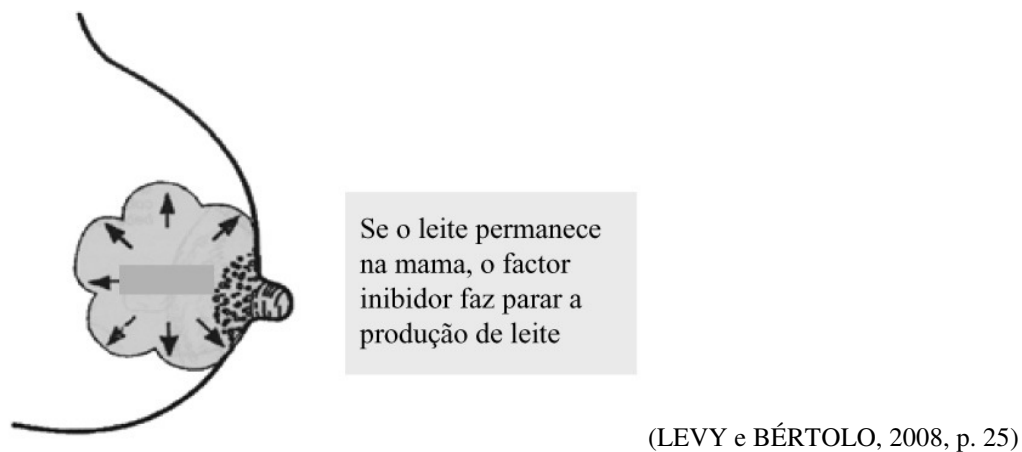
A ocitocina promove a contração do útero após o parto reduzindo a hemorragia. (WHO, 2009, p. 11)

Esta hormona induz uma sensação de calma e reduz o stress nas mães, promove os sentimentos de afeto entre a mãe e o bebé promovendo a vinculação. (WHO, 2009, p. 12)



Fator inibidor:

A produção de leite também é controlada localmente, na mama, pelo fator inibidor que se encontra no leite. Se é produzido muito leite e esse leite não é removido, o fator inibidor faz com que pare a produção de leite para proteger a mama dos efeitos nocivos de ficar tão cheia (WHO, 2009, p. 12).



Tipos de Leite

Durante os primeiros 2-3 dias após o parto é produzido colostro em pequenas quantidades, cerca de 40-50 ml no primeiro dia, sendo a quantidade necessária ao bebé (WHO, 2009, p. 10)

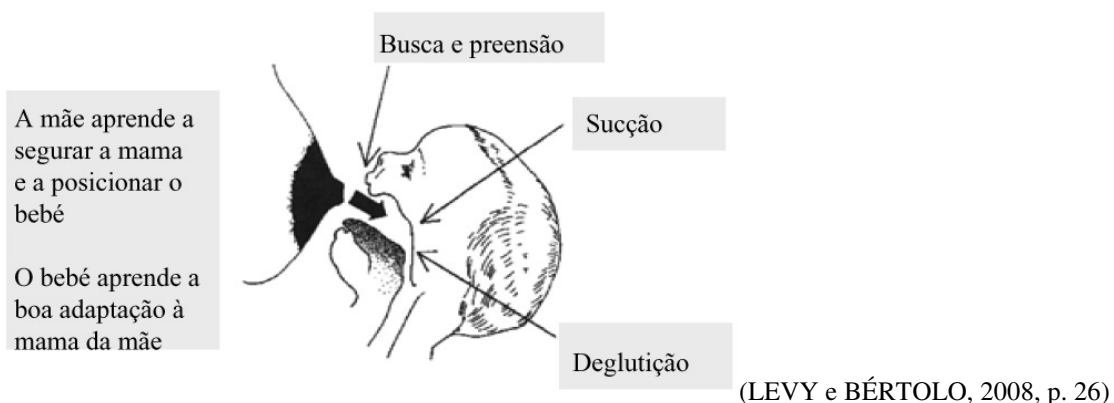
O colostro é um leite amarelado produzido pela mãe nos primeiros dias após o parto e é o alimento perfeito para os bebês recém-nascidos porque é muito nutritivo e carregado de anticorpos que ajudam a proteger o bebê contra infecções, o que faz com que seja mais amarelado e espesso do que o leite amadurecido. (UNICEF [et.al], 2010, p. 51)

Apesar de a mãe não sentir as mamas cheias nos primeiros dias após o parto, já tem colostro suficiente para alimentar o bebê (APP, 2012).

Nos primeiros dias de vida a mãe produz pouco colostro mas este é altamente nutritivo e o bebê tem pouca capacidade gástrica para suportar grandes quantidades de líquidos, o que faz com que seja fundamental amamentar com frequência mesmo que por curtos períodos. O Corpo da mãe produz colostro durante vários dias após o parto até à subida de leite. (APP, 2012)

O Leite começa a ser produzido em maior quantidade entre o 2º e o 4º dia após o parto, o que faz com que a mãe comece a sentir as mamas mais cheias. Ao terceiro dia, o bebê ingere cerca de 200-400 ml de leite em 24 horas e ao 5º dia cerca de 500-800ml. Do 7º ao 14º dia o leite é chamado leite de transição, sendo que ao fim de duas semanas já é considerado o leite maduro (WHO, 2009, p. 10).

Reflexos do bebê



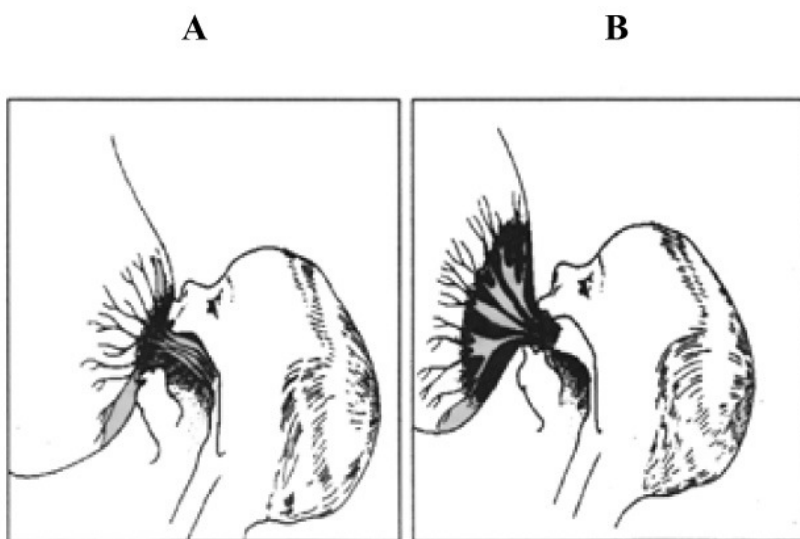
O bebê tem reflexos que são importantes para a amamentação apropriada. São eles:

- Reflexo de busca e preensão: quando alguma coisa toca a boca ou as bochechas do bebê, este vira a cabeça procurando o estímulo e abre a boca colocando a língua para baixo e para a frente
- Reflexo de sucção: quando alguma coisa toca no palato do bebê, este inicia a sucção
- Reflexo de deglutição: quando a boca do bebê está cheia de leite, este deglute

A capacidade de coordenar estes 3 reflexos promove uma correta amamentação. (WHO, 2009, p. 12)

A pega

Para estimular o mamilo, retirar leite da mama e assegurar uma quantidade adequada de leite, o bebé precisa de estar bem adaptado à mama para assim conseguir fazer uma sucção eficaz. Podem surgir dificuldades porque o bebé não está bem adaptado. (WHO, 2009, p. 13)



(LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 27)

Sinais de uma boa pega (A):

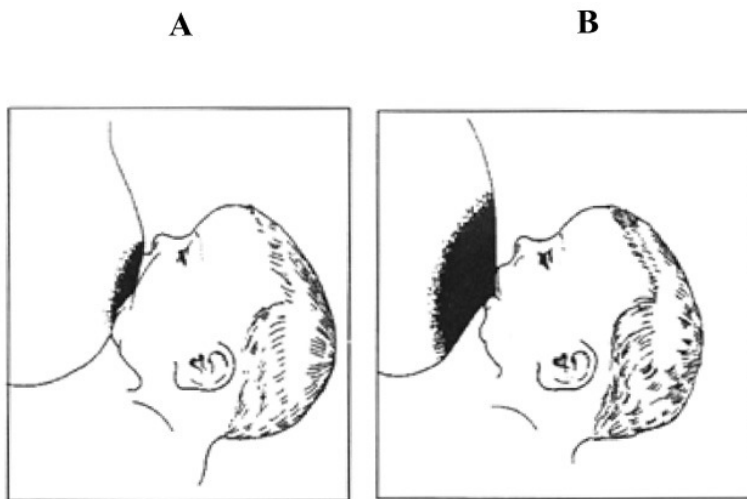
- A boca do bebé está bem aberta com os lábios virados para fora
- O queixo e o nariz estão encostados à mama
- Tem a maior quantidade de aréola possível dentro da boca
- É visível maior quantidade de aréola por cima da boca do bebé do que abaixo;
- Sente que o seu mamilo está confortável após as primeiras sucções
- A boca e a língua do bebé não magoam ou traumatizam a pelo do mamilo nem da aréola

(APP, 2012 ; WHO, 2009, p. 13)

Sinais de uma má pega (B);

- O bebé está a fazer sucção apenas no mamilo e não na aréola com o mamilo bem colocado no fundo da boca como deveria;
- Consegue-se ver maior quantidade de aréola por baixo da boca do bebé do que por cima
- A boca do bebé não está bem aberta
- O lábio inferior do bebé está virado para o interior da boca
- O queixo do bebé está afastado da mama

(APP, 2012 ; WHO, 2009, p. 13)



(LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 28)

Quando não há uma boa adaptação do bebé à mama, a sucção pode provocar desconforto e dor na mãe, e traumatizar os mamilos e a aréola causando fissuras. Esta é a causa mais comum e mais importante de mamilos doloridos e pode resultar num aporte de leite insuficiente. (WHO, 2009)

Sinais de que o bebé está a mamar bem:

- Faz uma sucção longa, profunda e rítmica, separada por pausas;
- As bochechas enchem-se quando faz a sucção;
- O bebé liberta a mama quando termina;
- Consegue ouvi-lo a ingerir o leite regularmente

(UNICEF [et.al], 2010, p. 53; APP, 2012)

Quando o bebê não tem uma sucção eficaz, a transferência de leite da mãe para o bebê pode ser deficitária e como resultado:

- As mamas podem ficar engurgitadas ou mesmo desenvolver mastites por não ser removido leite suficiente
- O bebê pode não aumentar de peso por não ingerir leite suficiente
- O bebê pode afastar-se da mama por frustração e recusar ser amamentado
- O bebê pode manter-se com fome continuando a fazer sucção por um longo período ou querer mamar mais vezes
- As mamas podem ser demasiado estimuladas devido ao excesso de sucção causando uma produção excessiva de leite.

(WHO, 2009, pp. 14)

Nem sempre é fácil detetar alguns dos sinais descritos, e muitas vezes um ou outro sinal isolado não significa que o bebê não esteja bem adaptado. Assim, devem ser avaliados vários fatores e se for necessário a mãe deve solicitar o apoio de um profissional de saúde através da Linha telefónica Saúde 24 ou através do Centro de Saúde, entre outros.

Causas de uma má adaptação:

- uso de biberão antes da amamentação estar bem estabelecida, devido à diferença no mecanismo de sucção
- dificuldades funcionais tais como mamilos rasos ou invertidos, o bebê ser demasiado pequeno e fraco
- inexperiência da mãe e falta de ajuda por parte dos profissionais

(WHO, 2009, p. 15)

1.5.5. Posições corretas de amamentação

Quando a mãe e o bebê já estão bem adaptados na amamentação, a mãe vai poder amamentar o bebê enquanto faz outras coisas simples, porém, no início é importante que haja menos distrações possíveis, num local sossegado (APP, 2012)

Independentemente do sítio onde vai amamentar, seja num cadeirão ou na cama, o importante é que a mãe mantenha as costas direitas mas relaxadas enquanto dá de mamar, de modo a estar confortável. (APP, 2012). As costas devem estar apoiadas e a

mãe deve ser capaz de suportar o bebê à mama sem ter de se inclinar para a frente. (WHO, 2009, p. 15)

Assim que a mãe está posicionada de forma confortável e adequada, pode posicionar o bebê de diferentes formas, sendo fundamental que o bebê esteja bem posicionado e bem adaptado à mama. (APP, 2012)

Sinais de que o bebê está em boa posição para a amamentação:

- A cabeça está alinhada com o corpo;
- O bebê está perto do corpo da mãe;
- O corpo do bebê está todo virado para a mãe;
- O corpo do bebê está totalmente suportado, seja pela mãe ou por almofadas
- O bebê está relaxado, confortável e a mamar.

(UNICEF [et.al], 2010, p. 53; WHO, 2009, p. 15)

Um mau posicionamento do bebê pode levar a:

- Fissuras e feridas dos mamilos;
- O bebê não receber o leite suficiente;
- Recusa do bebê em amamentar.

(UNICEF [et.al], 2010, p. 53)

1.5.6. Períodos de amamentação

De acordo com LEVY e BÉRTOLO (2008, p.16), a duração da mamada não é importante visto que a maioria dos bebês mamam 90% do leite que precisam em 4 minutos, sendo que alguns prolongam a mais as mamadas por vezes até 30 minutos. Por isso, o que importa perceber é se o bebê está a obter leite da mama da mãe e não está a fazer dela uma chucha, o que pode macerar os mamilos, criar fissuras e levar a mãe a desistir da amamentação.

O horário não é o mais importante já que, de acordo com as mesmas autoras, o bebê deve ser alimentado em regime livre, ou seja, quando tem fome acorda para comer e é-lhe oferecida mama. (LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 16)

Se um recém-nascido dorme mais do que 3 horas seguidas, deve ser gentilmente acordado e deve-lhe ser oferecida a mama. (UNICEF [et.al], 2010, .p 53)

Quando o bebé inicia a mamada, o primeiro leite que obtém é mais rico em lactose e *a medida que prossegue, o leite vai tendo cada vez mais gordura. Assim, é importante que o bebé esvazie uma mama em cada mamada. Sendo que deve primeiro esvaziar uma mama, e se depois disso continuar com fome, então deve-lhe ser oferecida a outra. (LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 17; UNICEF [et.al], 2010, p. 53).

1.5.7. Dieta da Mãe durante o período de amamentação

Na maioria dos casos a mãe deve manter uma dieta saudável e equilibrada, tal como fazia quando não amamentava. Não deve beber mais leite do que bebia, já que o seu corpo consegue absorver o cálcio suficiente através de outros alimentos. Deve certificar-se de que faz uma alimentação com a quantidade de nutrientes e minerais adequada (APP, 2012)

Se na família houver casos de alergia, as mães não devem abusar do leite e dos seus derivados (LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 17)

Beber um copo de vinho ou um café de vez em quando não tem qualquer problema enquanto está a amamentar, desde que seja moderadamente. (APP, 2012)

1.5.8. Medicação que a mãe pode tomar durante o período de amamentação

A maioria dos medicamentos não interferem com a amamentação, porém alguns podem provocar efeitos secundários graves para o bebé e muitos deles não estão testados nesse sentido. Assim é fundamental falar com o seu médico obstetra ou com o pediatra do bebé, cada vez que seja necessário tomar algum medicamento

A mãe deve tomar medicação apenas quando absolutamente necessário e nesse caso deve tomar aquela que seja mais segura e a menor dose possível

Quando a mãe está a tomar alguma medicação, deve estar atenta a quaisquer sinais de reação que o bebé possa apresentar tais como:

- Perda de apetite
- Diarreia
- Sonolência

- Excesso de choro
- Vômitos
- Rash cutâneo

Se o bebê apresentar algum destes sintomas deve ligar imediatamente ao Pediatra.

No caso pouco provável de o seu médico lhe receitar um medicamento que seja prejudicial para o bebê, deve extrair leite com antecedência para dar ao bebê enquanto toma o medicamento. Durante esse período deve extrair o leite contaminado e desperdiçá-lo. Deve aconselhar-se com o seu médico para saber quando pode voltar a amamentar.

(APP, 2012)

Os medicamentos homeopáticos também podem ser prejudiciais para o bebê, para além de não serem testados quanto aos efeitos que têm nos mesmos, nem as substâncias tóxicas são tão controladas como nos medicamentos normais. Assim, o procedimento deve ser o mesmo que para os medicamentos normais. (APP, 2012)

Mitos

- Não se engravida quando se está a amamentar
 - Apesar de a amamentação prevenir a ovulação em algumas mulheres, não é um método contraceptivo eficaz, assim, deve falar com o seu médico para que lhe seja prescrita uma pílula compatível com a amamentação
- É Preciso preparar os mamilos para a amamentação antes do bebê nascer
 - O seu copo prepara-se naturalmente para amamentar, pelo que não é necessário qualquer preparação prévia
- Mamas pequenas não produzem tanto leite como as grandes
 - O tamanho da mama não tem qualquer relação com a quantidade de leite que é produzido.
- Amamentar deforma a mama
 - A maioria das mulheres volta a ter as mamas da mesma forma como tinha antes quando deixa de amamentar. A idade, os efeitos da gravidade e o peso têm mais influência na forma da mama do que a amamentação.
- Todos os bebês devem ser desmamados até fazerem 1 ano de idade

- Quando parar de amamentar é uma decisão pessoal e varia muito. O recomendado é que até aos 6 meses de vida o leite materno sozinho é suficiente para o bebé, mas a partir daí, mesmo depois de introduzir outros alimentos, deve continuar a amamentar até pelo menos 1 ano de vida e para além disso se o bebé e a mãe ainda quiserem.

(APP, 2012)

1.5.9. Problemas que podem surgir – sinais de aviso

Na mãe

- Cinco dias após o nascimento do bebé, sente que o leite ainda não subiu, ou que as suas mamas não estão suficientemente cheias
 - Deve controlar o peso do seu bebé semanalmente para se certificar que o seu leite é suficiente
- Sente que as suas mamas estão demasiado engurgitadas
 - Se tem as mamas duras, e dolorosas, isso pode impedir o seu bebé de mamar devidamente, bem como causa desconforto para si e não estimula a continuação da amamentação. Provavelmente precisa de extrair leite manualmente ou com a bomba após cada mamada, até sentir que as mamas voltam ao normal (APP, 2012), se houver agravamento do quadro, pode estar a desenvolver um quadro de mastite e deve procurar o seu médico assistente.
- Se sente dor intensa enquanto amamenta
 - O bebé provavelmente não está a fazer uma pega correta, o que pode causar fissuras dos mamilos e outros problemas como a mastite. Deve contactar o seu médico assistente ou a enfermeira do Centro de Saúde, que devem vigiar o aparecimento de infeção, bem como ajudá-la a dar de mamar corretamente. Pode ser necessário usar uma bomba para extrair o leite até o mamilo estar cicatrizado, ou começar por dar de mamar na mama que está melhor.

(APP, 2012)

Muitos dos problemas que podem surgir nos primeiros meses de amamentação, podem ser prevenidos com uma boa adaptação do bebê à mama e com o esvaziamento frequente das mamas, sempre que possível pelo bebê enquanto mama, quando necessário através da extração de leite manualmente ou com bomba.

No bebê

a. Choro

O Choro não significa necessariamente o bebê necessita de suplemento, normalmente significa que quer que lhe peguem e aconcheguem, ou que tem a fralda suja, ou que tem calor ou frio. Mas se o bebê chora demasiado, e não fica confortável após ser alimentado, aconchegado e cuidado, a mãe pode precisar de apoio para a amamentação ou o bebê pode não estar bem e nesse caso a mãe deve dirigir-se ao posto de saúde. (UNICEF [et.al], 2010, p. 53 e 54)

b. Padrão de alimentação

- Os períodos de amamentação começam a ser demasiado curtos ou demasiado longos
 - Se o bebê mama sempre por um período de menos de 10 minutos, pode significar que o bebê não está a receber leite suficiente e por isso que não está a ser retirado leite suficiente da mama para estimular a continuidade da produção do mesmo
 - Bebés que mamam continuamente mais do que 50 minutos de cada vez, pode significar que o bebê não está a receber leite suficiente devido a uma sucção ineficaz ou baixa produção de leite
- O bebê parece ter fome depois da maioria dos períodos de amamentação
 - O bebê pode não estar a ingerir leite suficiente: deve consultar o pediatra ou dirigir-se ao Centro de Saúde para fazer uma avaliação do peso do bebê logo que possível. Entretanto deve verificar se a pega do bebê é correta bem como a posição em que mama, para tentar otimizar a ingestão de leite

- O bebé recém-nascido falha frequentemente horas de amamentação ou dorme toda a noite sem pedir para ser amamentado
 - Um bebé recém-nascido necessita ser amamentado com intervalos de 2-3 horas, para ganhar peso suficiente. Se o seu bebé dorme durante toda a noite, acorde-o e ofereça-lhe a mama encorajando-o a mamar. Deve ouvir se o bebé está a “engolir” o leite, o que acontece menos vezes no início e final da mamada, e mais vezes a meio da mesma. Se não ouve ou sente que o seu bebé está a “engolir” o leite, deve contactar o seu pediatra ou Centro de Saúde.

(APP, 2012)

c. Progressão de peso

- Com cerca de duas semanas de vida o seu bebé está abaixo do peso de nascença ou ainda não começou a aumentar pelo menos 140 – 195g por semana
 - Provavelmente o leite materno não é suficiente para alimentar o seu bebé, deve falar com o seu pediatra (APP, 2012)

Se a pesagem regular demonstrar que o bebé não está a ganhar peso devidamente:

- A mãe pode precisar de ajuda para melhorar a forma como o bebé faz a pega para fazer uma sucção de leite eficiente
- O bebé pode precisar de mamar mais vezes, sendo que nos primeiros 6 meses de vida deve ser amamentado quando pede, seja de dia ou de noite, pelo menos 8 vezes por dia. O bebé deve poder mamar até largar a mama espontaneamente e estar confortável. Depois deve ser oferecida a outra mama caso o bebé queira
- O bebé pode estar doente, e nesse caso a mãe deve procurar os serviços de saúde

Um bebé que tem problemas na sucção nos primeiros dias deve ser mantido perto da mãe, deve-lhe ser oferecida a mama com frequência e deve ser ajudado a fazer a pega. Nestes casos se for necessário deve ser feita a expressão de leite e esse leite deve ser administrado num copo e nunca no biberão. (UNICEF [et.al], 2010, p. 51 e 52)

d. Eliminação

Com cerca de uma semana de idade, o seu bebé molha menos de 6 fraldas e evacua menos de 4 vezes por dia, a urina é alaranjada e as fezes são ainda escuras e espessas em vez de amareladas e líquidas.

Deve manter um registo do padrão de eliminação do seu bebé para se assegurar que está a progredir bem, visto que pode significar que o seu leite não está a ser suficiente, ou que o bebé não está a mamar tanto ou como devia. (APP, 2012)

1.5.10. Duração do Aleitamento materno

Até aos 6 meses de idade o leite materno é suficiente para alimentar o seu bebé, na maioria dos casos. A APP aconselha as mães a continuar a amamentar para além do primeiro ano de vida, até quando a mãe e o bebé desejarem, já que continua a ser uma importante fonte de nutrientes e imunidade, para além de dar conforto ao bebé.

Muitas vezes a sociedade tem uma opinião muito crítica acerca das crianças com 1-3 anos que ainda são amamentadas, porém, a mãe deve ter com conta os seus sentimentos relativos a amamentar, bem como à necessidade que o bebé tem de o fazer. Apenas se estiver a atrasar o desenvolvimento da sua autonomia ou causar outro tipo de problemas (como a discriminação) é que deve colocar em causa se deve continuar a amamentar ou não. (APP, 2012)

1.5.11. Extração de Leite Materno

Quando a mãe regressa ao trabalho e não pode estar com o bebé durante essas horas, deve amamentar com frequência durante o período em que está com o mesmo para assim manter e estimular a produção de leite.

Quando a mãe não pode amamentar no local de trabalho, pode extrair o leite duas ou três vezes durante o dia e guardá-lo num frigorífico ou à temperatura ambiente até 8 horas, num recipiente limpo, fechado e próprio, para que esse leite possa posteriormente ser dado à criança pelo cuidador através de copo (UNICEF [et.al], 2010, p. 58).

A extração do leite pode ser feita manualmente ou através de bombas que podem ser manuais ou elétricas. A mãe deve usar a opção com a qual se sente mais confortável e adequar à situação e ao contexto em que se encontra no momento.

Assim, é importante planejar e preparar com antecedência os utensílios que irá precisar todos os dias. Muitas mulheres preparam tudo na noite anterior. Vai precisar de:

- Bomba para extrair o leite;
- Um saco térmico para transportar e armazenar o leite;
- Alguns snacks/lanches para ir comendo durante o dia para manter a sua energia;
- Protetores dos mamilos,
- Uma camisa/top suplente.

O local onde extrai o leite deve ser privado e calmo, e deve tentar abstrair do stress do trabalho, bem como evitar estar a fazer outras coisas em simultâneo já que isso pode provocar uma diminuição na quantidade de leite com consegue extrair. Pode ajudar pensar no bebé ou ter consigo uma fotografia. À medida que se vai habituando à rotina do trabalho, vai conseguir integrar os momentos em que extrai o leite com mais facilidade.

Beber líquidos suficientes, dormir bem e relaxar o mais possível durante a extração de leite, vai ajudar a estimular e manter a produção de leite. (APP, 2012)

1.5.12 Conservação do Leite Materno

O leite deve ser conservado em sacos de plástico ou frascos próprios esterilizados, ou mesmo num biberão esterilizado.

O leite é válido

- 48h no frigorífico
- 3 meses no congelador

(LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 40)

1.5.13. Quando há doença Materna

No caso de mães com doenças infecciosas como a Varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada, devem, durante o período em que estão em tratamento, parar de amamentar e dar ao bebé leite artificial por copo ou por colher, retomando assim que possível a amamentação (LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 19).

No caso de mães com doenças graves, crônicas ou debilitantes, mães com HIV, bem como em bebês com doenças metabólicas raras como a fenilcetonúria e a galactosemia, o leite materno está contraindicado definitivamente (LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 19).

1.5.14 Indicações para a Suplementação

Os substitutos do leite materno podem causar problemas no bebê quando:

- É adicionada demasiada ou pouca água;
- A água adicionada não é de fonte segura;
- Os biberões e tetinas não são lavados corretamente

Alimentar o bebê com leite artificial é extremamente caro e pode ser particularmente arriscado quando os pais não podem comprar um leite de qualidade.

Quando é necessário dar suplemento é importante que:

- A água seja fervida primeiro, e depois seja adicionada a fórmula ainda à água quente;
- As instruções de preparação do leite sejam cumpridas devidamente;
- Antes de dar o leite ao bebê, este seja testado pela mãe ou outro cuidador, para ver se não está demasiado quente;
- Não deixar à temperatura ambiente por mais de duas horas após a preparação porque pode já não estar nas condições necessárias e provocar problemas no bebê

(UNICEF [et.al], 2010, p. 55)

1.5.15. Recomendações de boas práticas de amamentação

O bebê deve ser colocado à mama logo na primeira hora de vida, para que estimule a produção de leite, para promover a contração do útero e consequentemente diminuir o risco de hemorragia pós parto. Esta primeira mamada, vai ajudar o bebê a aprender como se mama, já que alguns nascem com o reflexo de sucção mais marcado do que outros. (APP, 2012)

A mulher que tem o bebé em meio hospitalar, tem o direito a estar com o mesmo 24 horas por dia e a exigir que não lhe seja dado nenhum suplemento, se estiver a amamentar. (UNICEF [et.al], 2010, p. 52)

Quase todas as mães conseguem amamentar com sucesso e produzir leite suficiente quando:

- É feito aleitamento materno exclusivo;
- O bebé está em boa posição e faz uma boa pega;
- O bebé é amamentado sempre e com a frequência que quer, é mantido à mama enquanto quer

(UNICEF [et.al], 2010, p. 53)

Não devem ser usados chucha e biberão nos primeiros meses de vida do bebé, ou até a amamentação estar bem estabelecida, visto que o tipo de sucção é diferente e isso pode interferir com o estabelecimento de uma amamentação adequada e eficaz. (UNICEF [et.al], 2010, p. 54)

O melhor alimento para o bebé quando este não pode ser alimentado diretamente da mama é o leite que foi extraído e dado pelo copo. (UNICEF [et.al], 2010, p. 55)

1.6. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO E METODOLOGIA

A estratégia de Educação para a Saúde escolhida foi uma Sessão pontual, em grupo, com uma população específica que são as utentes grávidas da UCSPCJ.

Será realizada na própria unidade, na Sala de Vacinação, visto ser o espaço disponível mais adequado.

Esta sessão será feita em grupo de forma que as utentes se identifiquem umas com as outras e possam também partilhar as suas preocupações e ideias.

Será realizada uma apresentação de Diapositivos em que será utilizado o método expositivo, visto ser uma Sessão para mulheres adultas e os conteúdos serem específicos, bem como para melhor expor os conteúdos abordados e manter um fio condutor durante toda a sessão. Porém, as utentes serão incentivadas a participar para que se sintam também motivadas e envolvidas. Teremos também a participação de uma mãe de gémeos, utente da UCSPCJ, que amamenta com sucesso e que ultrapassou

algumas dificuldades. Esta mãe vem dar o seu testemunho no final da exposição de conteúdos, partilhando a sua experiência positiva com as outras utentes e fazendo uma demonstração prática com os seus bebés, sensibilizando-as para o Aleitamento materno de um ponto de vista mais pessoal, e promovendo a aquisição de competências por parte das futuras mães.

O quadro abaixo descreve os recursos que serão utilizados para esta Sessão de Educação para a Saúde.

Recursos Humanos	Recursos Materiais	Outros Recursos
AEE Vera Neto – Oradora	Projektor e Tela	Sala de Vacinação
AEE – Rita Bessa – Assistência no computador para gerir os diapositivos	Computador	
Enf. ^a Cristina Barata – Dinamização das utentes	Material de suporte a ser entregue às utentes: Folhetos informativos “Vantagens do Aleitamento Materno” e “Posições corretas para amamentar”; Guia do Aleitamento Materno da UNICEF; Diapositivos da Apresentação para que as utentes possam acompanhar a mesma (Anexo 2); Folha de Avaliação da Sessão (Anexo 3).	
Participantes	Boneco e Almofada	

1.6.1. Plano da Sessão

Conteúdos teóricos	Metodologia	Formador	Tempo
Introdução	Método expositivo	Vera Neto	3 minutos
Vantagens do Aleitamento	Método expositivo	Vera Neto	5 minutos

Materno			
Como funciona o Aleitamento?	Método expositivo	Vera Neto	5 minutos
Tipos de leite materno	Método expositivo	Vera Neto	2 minutos
Fatores para uma boa amamentação	Método expositivo	Vera Neto	Total: 20 minutos
• Reflexos do bebé	Método expositivo	Vera Neto	2 minutos
• Pega	Método expositivo	Vera Neto	5 minutos
• Adaptação	Método expositivo	Vera Neto	5 minutos
• Posição	Método expositivo Método demonstrativo	Vera Neto	6 minutos
• Horários	Método expositivo	Vera Neto	2 minutos
Dieta da mãe	Método expositivo	Vera Neto	3 minutos
Medicação da mãe	Método expositivo	Vera Neto	4 minutos
Extração de Leite	Método expositivo	Vera Neto	4 minutos
Boas práticas da Amamentação	Método expositivo	Vera Neto	4 minutos
Partilha de experiências	Método expositivo e demonstrativo	Utente convidada	20 minutos

1.6.2. Metodologia de Avaliação

Visto que esta Sessão de Educação para a Saúde é uma atividade integrada num Estágio que tem um limite de tempo reduzido e estabelecido, não é possível fazer uma avaliação apropriada da Sessão em termos de resultados esperados. Ou seja, o resultados esperado seria, de acordo com o objetivo geral estabelecido e com os pressupostos da educação para a saúde, que todas as utentes que assistissem a esta sessão optassem pelo Aleitamento materno exclusivo e o mantivessem até aos 6 meses de idade do bebé. Porém, essa é uma avaliação que caberá aos enfermeiros da UCSPCJ, nomeadamente a Enf.^a Cristina Barata, que com a continuidade do acompanhamento das utentes poderá verificar a eficácia, ou não, desta atividade na mudança de mentalidade da população.

Assim, com a avaliação, irei centrar-me nos objetivos específicos, avaliando por isso se:

- No final da sessão as utentes estão sensibilizadas para as vantagens do Aleitamento Materno Exclusivo até aos 6 meses de vida
- No final da sessão as utentes conhecem, de uma forma geral, a fisiologia do Aleitamento Materno
- No final da Sessão as utentes sentem-se mais capacitadas para uma boa prática do Aleitamento Materno

Com este propósito, elaborei uma folha de Avaliação, em forma de questionário misto, com perguntas fechadas de resposta rápida, bem como com uma pergunta aberta para que as utentes possam fazer sugestões de mudança que considerem necessárias.

2. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A sessão de formação realizou-se no dia 6 de Junho de 2012, às 14 horas e contou com 5 participantes, apesar da divulgação efetuada que consistiu na realização de um convite para ser entregue às utentes grávidas da UCSPCJ aquando da sua consulta de vigilância da gravidez, que começou a ser entregue 3 semanas antes da sessão, sendo que não me foi possível contabilizar quantos convites foram entregues. Porém, apenas 2 utentes se inscreveram para assistir à Sessão para além da utente mãe de gémeos que foi partilhar a sua experiência e que levou como acompanhante a sua mãe. Das duas utentes inscritas apenas uma compareceu. Assim, o total de participantes nesta sessão foi de 5 pessoas, sendo duas dessas pessoas a Enfermeira Cristina e a minha colega de Estágio Rita Bessa, outra participante foi a utente grávida de gémeos e as restantes então a mãe dos gémeos e a avó dos mesmos.

O número de participantes foi menor do que o esperado, porém penso que não poderei atribuir como causa a falta de pertinência do tema, mas talvez a falta de aderência de muitas utentes à amamentação, que já havia sido referida no diagnóstico de situação do Projeto de Estágio. A multiculturalidade pode também ser um fator determinante, bem como o facto de muitas das utentes se encontrarem a trabalhar neste horário.

Para realizar a avaliação da sessão de formação optou-se por uma metodologia mista, englobando os seguintes tipos de avaliação segundo (CARVALHO E CARVALHO, 2006, p. 71):

- Avaliação formativa: com base na avaliação que fui fazendo durante o decorrer da sessão através do feedback das utentes de forma a ir adequando a metodologia utilizada;
- Avaliação de processo: com base no processo educacional, através das respostas das utentes às questões da folha de avaliação (Anexo 3), avaliando assim a eficácia da sessão, o interesse da audiência, a estratégia de ensino, bem como os materiais e conteúdos selecionados e se seriam apropriados à população-alvo

Não foi possível efetuar uma avaliação de resultados visto que a responsabilidade do resultado deste tipo de sessões não pode ser atribuída apenas à sessão em si mas também a todo o programa de educação para a saúde que lhe é subjacente, neste caso as consultas de enfermagem de saúde infantil, bem como outras atividades realizadas na UCSPCJ. Outro dos fatores que dificultou a realização de outro tipo de avaliação é o facto de as mudanças a nível da condição de saúde são tardios e por isso seria impossível avaliar mudanças de comportamento a nível da amamentação num tão curto espaço de tempo.

2.1. AVALIAÇÃO FORMATIVA

Tendo em conta o número de participantes da sessão, alterei a metodologia que estava prevista, tornando a sessão menos expositiva e mais participativa.

Tinha programado fazer primeiro a apresentação dos slides e exposição dos conteúdos e no final dar um tempo para a partilha da experiência da utente convidada, porém, já que apenas compareceu uma utente grávida, fui requisitando a participação da primeira durante a exposição dos conteúdos, intercalando com a minha apresentação.

Assim, a sessão tornou-se quase como uma conversa informal entre todos os participantes, o que foi uma mais-valia.

Durante a apresentação fiz várias pausas em que questionei as utentes acerca de alguma dúvida ou questão que quisessem colocar, bem como questionando se estaria a ser suficientemente clara, para assim ser capaz de adequar a minha intervenção.

O feedback que fui recebendo das utentes foi sempre positivo, e estas mantiveram-se atentas e participativas durante toda a sessão.

2.2. AVALIAÇÃO DE PROCESSO

Os resultados esperados que foram definidos no planeamento da sessão com base nos objetivos específicos delineados foram os seguintes:

- No final da sessão as utentes estão sensibilizadas para as vantagens do Aleitamento Materno Exclusivo até aos 6 meses de vida
- No final da sessão as utentes conhecem, de uma forma geral, a fisiologia do Aleitamento Materno
- No final da Sessão as utentes sentem-se mais capacitadas para uma boa prática do Aleitamento Materno

Com este propósito, elaborei uma folha de Avaliação (Anexo 3), em forma de questionário misto, com perguntas fechadas de resposta rápida, bem como com uma pergunta aberta para que as utentes pudessem fazer sugestões de mudança que considerem necessárias.

Responderam a esse questionário 4 participantes, anonimamente. Abaixo é realizada a análise sumária das respostas dadas:

Questões	Avaliação				
	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
1. Temas abordados na Sessão					
a. Foram úteis para si?	0	0	0	0	4
b. Contribuíram para adquirir competências para amamentar?	0	0	0	0	4
2. Métodos utilizados					
a. Os diapositivos estavam adequados?	0	0	0	1	3
b. Considera que a partilha de experiências foi importante?	0	0	0	0	4
c. O material fornecido é útil?	0	0	0	0	4
3. Apresentação					
a. A formadora foi clara?	0	0	0	0	4
b. Foi motivadora?	0	0	0	0	4

Considerando as respostas dadas pelas utentes, considero que atingi os objetivos a que me propus no planeamento da sessão, sendo que apesar de ser uma população muito pouco significativa, a maioria das respostas encontra-se no Muito bom.

Relativamente à questão aberta “O que sugere para melhorar?” as respostas foram as seguintes, sendo que uma das participantes não respondeu:

1. *“Espero que se continuem a repetir iniciativas destas! Foi muito útil e importante! Obrigada pela partilha!” (SIC)*
2. *“Que se repitam estes conselhos no centro de saúde.” (SIC)*
3. *“Sessões contínuas e complementar com restantes conteúdos de preparação para o parto” (SIC)*

3. CONCLUSÃO

Com esta Sessão de Educação para a Saúde pretendia-se conseguir promover o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade. Tal como já foi referido por alguns autores, tinha consciência de que não seria esta sessão isolada que iria mudar a mentalidade das mães a que a ela assistem, mas sim a continuidade do apoio e ensino que lhes é feito nas consultas de enfermagem. Tinha também consciência de que a multiculturalidade da população utente do Centro de Saúde faz com o que o fator da hereditariedade cultural fosse uma limitação grande em alguns casos, porém, esperava conseguir pelo menos despertar as futuras mães para as vantagens do aleitamento materno para que pudessem ficar mais esclarecidas para tomarem uma decisão livre e informada.

Optei por não abordar em profundidade as resoluções para problemas relacionados com a amamentação, falando apenas de forma superficial, porque considero que se o que pretendo é promover o aleitamento materno exclusivo, não seria benéfico falar muito tempo acerca dos problemas que podem surgir. Porém, irei referi-me a esses problemas e à sua prevenção porque considero que também é necessário que as futuras mães presentes saibam que estes podem existir e que o papel do Enfermeiro é prestar-lhe o suporte e o aconselhamento que necessitam.

A avaliação das participantes do estudo foi muito positiva e apesar de ser uma população reduzida, considero que a Sessão foi satisfatória e que atingi os objetivos a que me propus. Promover o aleitamento materno até aos 6 meses de vida é um objetivo ambicioso e que não se consegue atingir no seu completo sentido apenas com atividades pontuais deste tipo. A intervenção do enfermeiro especialista, tal como foi referido no planeamento da sessão, deve ser continua e este deve trabalhar em conjunto com as

utentes de forma a potenciar as suas competências e a capacitá-las para o aleitamento materno promovendo assim, conseqüentemente, a parentalidade.

O enfermeiro especialista tem um papel de suporte da mãe que amamenta que o torna um elemento importante nas equipas de saúde.

Para mim, planear, executar e avaliar esta sessão foi um exercício de grande importância para desenvolver algumas competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. Foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica extensa e a minha grande dificuldade centrou-se na seleção de informação e dos conteúdos a apresentar na sessão.

Tenho um enorme interesse nesta temática e esta sessão permitiu-me desenvolver competências não só a nível da promoção da amamentação e de comportamentos saudáveis na criança e na família, bem como na utilização de estratégias motivadoras para a assumpção dos papéis da família na saúde da criança, de ser capaz de proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades individualizadas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010), entre outras.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARRADAS, Aida [et.al.] – ***EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: UMA REALIDADE OU UTOPIA: opinião/expectativas das mulheres sobre a educação para a saúde realizada durante a vigilância pré-natal.*** Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada – 2 (2000). 11-12 p.
- CARVALHO, Amâncio António de Sousa Carvalho; CARVALHO, Graça Simões de – ***Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação – um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros.*** Lusociência. Loures, 2006. ISBN: 972-8930-22-4.
- DEAVE, Toity; JOHNSON, Debbie; INGRAM, Jenny – ***Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood.*** BMC Pregnancy and Childbirth 2008. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/30>
- <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/> - American Academy of Paediatrics (AAP), 2012.
- ***Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students.*** ISBN 978 92 4 159749 4. World Health Organization 2009. **9-76 pp.**

- LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – *Manual do Aleitamento Materno*. Edição Revista (2008). Comité Português para a UNICEF. Lisboa, 2008. ISBN: 96436.
- MARTINS, Filomena de Jesus Rosa – *Educar para a saúde – uma prioridade nos Cuidados de Saúde Primários*. Revista Sinais Vitais. Coimbra, Maio de 2008. N.º 78. ISSN: 0872-8844. 41-43 pp.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE (2010).
- PACHECO, Sílvia; CUNHA, Susana – *A Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: O Papel do Enfermeiro*. Nursing. Lisboa, Junho de 2006. Ano 16, n.º 211. ISSN: 0871-6196. 19-22 pp.
- SU, Lin [et.al] – *Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breastfeeding: randomised controlled trial*. BMJ 2007; 335:59. <http://www.bmj.com/content/335/7620/596.full>
- UNICEF, WHO, UNESCO, UNFPA, UNDP, UNAIDS, WFP – *Facts for Life, Fourth edition*. United Nations Children’s Fund. Nova York, 2010. ISBN: 978-92-806-4466-1. pp. 48-59.
- VIEIRA, Ana Rita [et.al.] – *Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura*. Revista Servir. Vol. 56, n.º ¾. Maio – Agosto 2008. ISSN 0871-2379. pp. 146-154.

5. ANEXOS

Anexo 1

Modelo de Convite e Cartaz de apresentação da Sessão “Amamentar: Alimentar,
Proteger, Amar”

Amamentação

Um acto de amor ...



Deseja amamentar?

Tem dúvidas que gostava de ver esclarecidas?

**Então venha participar na nossa
Sessão de Formação!**

Dia 6 de Junho de 2012, às 14H no Centro de Saúde Coração de Jesus

Av. Ressano Garcia nº2

Sala de Vacinação

Anexo 2

Sessão de Educação “Amamentar: Alimentar, Proteger, Amar”

Unidade de Saúde de Cuidados Personalizados
Coração de Jesus

Amamentar: Alimentar, Proteger, Amar

mariimarcota.blogspot.com

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Realizado por:

Enf.ª Vera Neto

Orientado por:

Enf.ª Cristina Barata

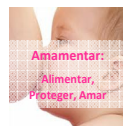
O aleitamento materno promove a vinculação entre a mãe e o bebé (UNICEF [et.al],

2010, p. 55)



O leite materno exclusivo é o melhor alimento para a criança nos primeiros 6 meses de vida (UNICEF [et.al], 2010, p. 48)

6 Junho 2012 - UCSPCJ

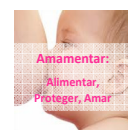


Vantagens do Aleitamento Materno

photo.boroughhandstamford.nhs.uk

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Vantagens do Aleitamento Materno



Para a mãe:



(clinnsaude.com)

Ajuda a atrasar o aparecimento da menstruação, e a próxima gravidez mas não protege completamente → anti-contraceptivos

Promove a contracção do útero e diminui o risco de hemorragia e infecção → recuperação mais rápida e fácil

Reduz a probabilidade do aparecimento de Cancro da Mama e do Ovário, Diabetes tipo II, Artrite Reumatóide e doenças Cardiovasculares

Provoca sentimentos de realização e felicidade, sensação de paz e conforto → relaxamento natural

Cria uma ligação emocional poderosa e única entre a mãe e o bebé;

(AAP, 2012; UNICEF [et.al], 2010, p. 51)

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Vantagens do Aleitamento Materno



Para o bebê:



(bebegravidex.com)

Contém o perfeito equilíbrio de nutrientes para o bebê

Não é necessário dar água ou outro tipo de comida ou bebida os primeiros 6 meses

É fácil de digerir;

Contém anticorpos que transferem a imunidade e resistência para o bebê;

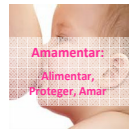
É primeira imunização do bebê, protegendo-o da diarreia, infecções auditivas, pulmonares e alergias

Ajuda a prevenir doenças como a Diabetes e os Linfomas

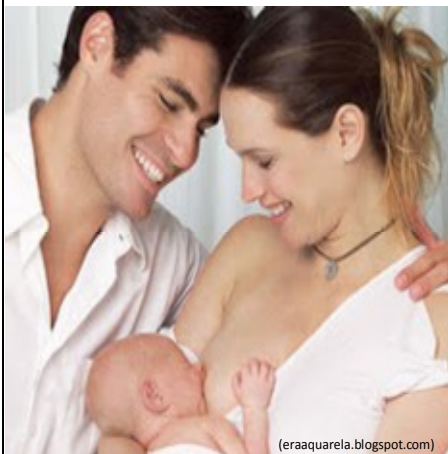
(UNICEF [et.al], 2010, p. 50, 54; LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 8)

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Vantagens do Aleitamento Materno



Para a família:



(eraaquarela.blogspot.com)

O Leite materno é gratuito e por isso muito mais barato do que o leite de compra

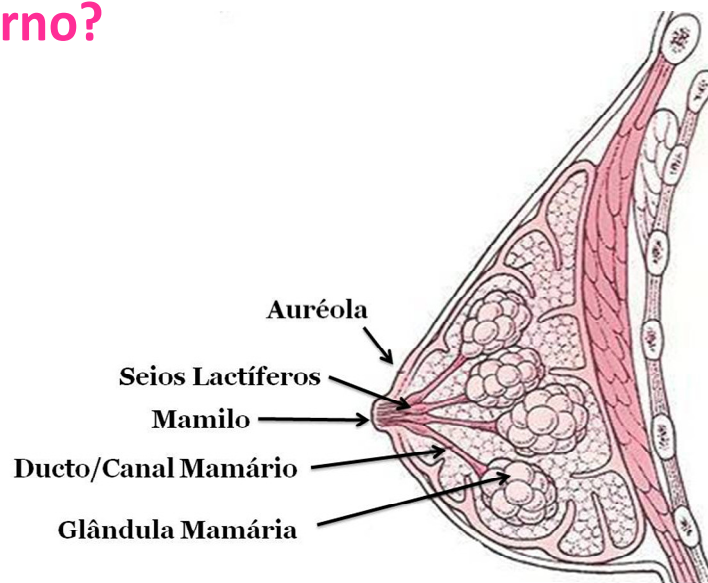
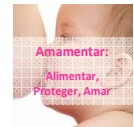
É mais fácil durante a noite colocar o bebê à mama do que ter de ir preparar o leite de compra, e não exclui a participação do pai que pode preparar o bebê para depois ser amamentado

Dá mais liberdade para sair de casa sem ter de trazer os biberões e latas;

(AAP, 2012)

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Como funciona o Aleitamento Materno?



6 Junho 2012 - UCSPCJ

COMO O LEITE MATERNO É PRODUZIDO?



O que acontece quando a mulher amamenta?

http://www.oglobo.com.br/servicos/pop_infografico.asp?p=/saude/vivermelhor/info/amamentacao/amamentacao.swf&l=620&a=500

COMO O LEITE MATERNO É PRODUZIDO?



O que acontece quando a mulher amamenta?

- Impulsos sensoriais do mamilo atingem a hipófise anterior, que libera a prolactina no sangue

http://www.oglobo.com.br/servicos/pop_infografico.asp?p=/saude/vivermelhor/info/amamentacao/amamentacao.swf&l=620&a=500

COMO O LEITE MATERNO É PRODUZIDO?

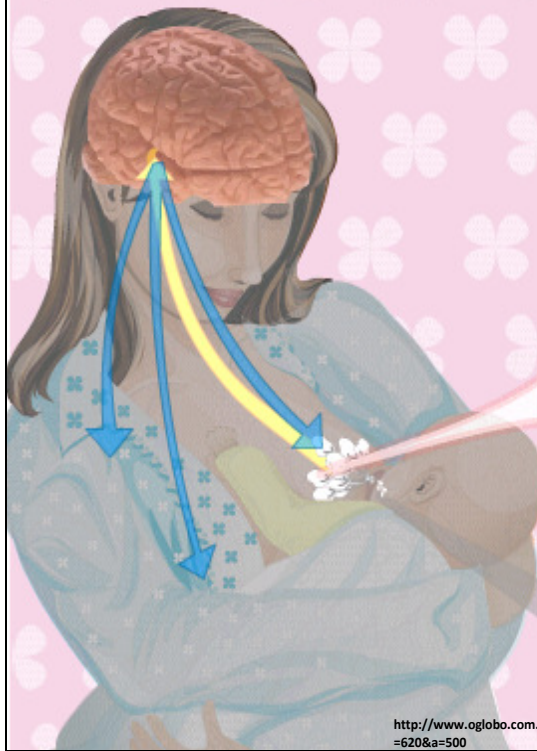


O que acontece quando a mulher amamenta?

- Impulsos sensoriais do mamilo atingem a hipófise anterior, que libera a prolactina no sangue

http://www.oglobo.com.br/servicos/pop_infografico.asp?p=/saude/vivermelhor/info/amamentacao/amamentacao.swf&l=620&a=500

COMO O LEITE MATERNO É PRODUZIDO?



O que acontece quando a mulher amamenta?

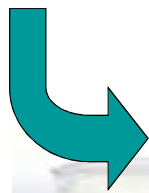
- A sucção continuada e a tranquilidade da mãe estimulam a hipófise posterior a liberar ocitocina que, por sua vez, age nas células "ejetoras" de leite da mama

http://www.oglobo.com.br/servicos/pop_infografico.asp?p=/saude/vivermelhor/info/amamentacao/amamentacao.swf&l=620&a=500

Tipos de Leite Materno



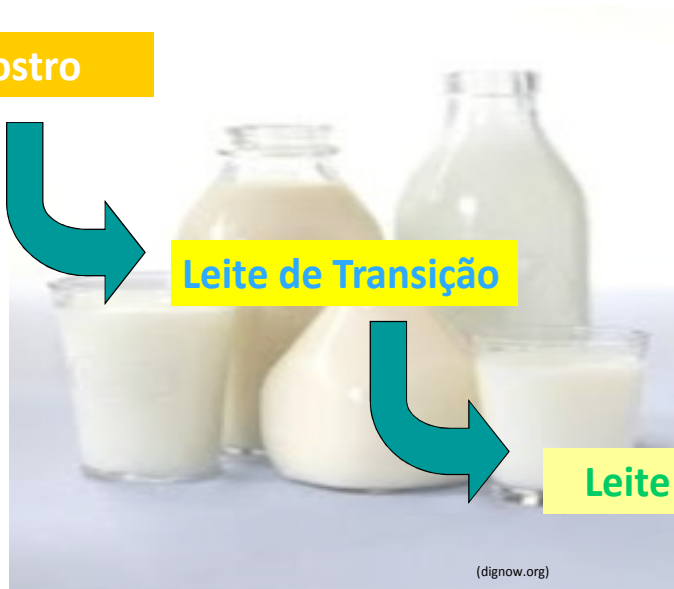
Colostro



Leite de Transição

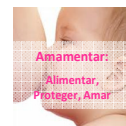


Leite Maduro



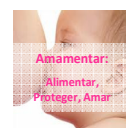
(dignow.org)

6 Junho 2012 - UCSPCJ



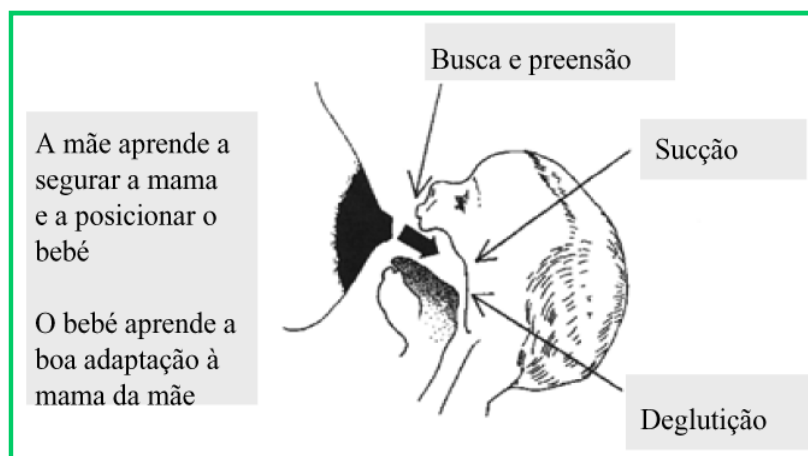
Factores para uma boa Amamentação

6 Junho 2012 - UCSPCJ



Factores para uma boa Amamentação

Reflexos do bebé



(LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 26)

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Factores para uma boa Amamentação



Pega



(terapeutavdm.blogspot.com)



(feminefisioterapia.wordpress.com)

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Factores para uma boa Amamentação



Pega

Boa pega (A):

- Boca bem aberta, lábios para fora
- Queixo e nariz encostados à mama
- Vê-se mais aréola acima do que abaixo
- O seu mamilo está confortável

(APP, 2012 ; WHO, 2009, p. 13)

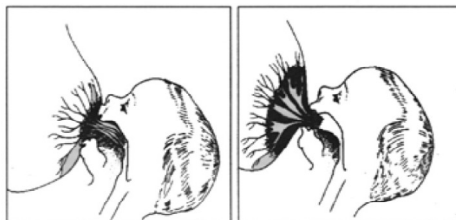
A

Sinais de uma má pega (B):

- Sucção apenas no mamilo;
- Vê-se mais aréola abaixo do que acima
- Boca mal aberta
- Queixo do bebé está afastado da mama

(APP, 2012 ; WHO, 2009, p. 13)

B



6 Junho 2012 - UCSPCJ

Factores para uma boa Amamentação

Adaptação



Sinais de que o bebé está a mamar bem:

- Faz uma sucção longa, profunda e rítmica, separada por pausas;
- As bochechas enchem-se quando faz a sucção;
- O bebé liberta a mama quando termina;
- Consegue ouvi-lo a ingerir o leite regularmente

(UNICEF [et.al], 2010, p. 53; APP, 2012)



(darcisioperondi.com.br)

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Factores para uma boa Amamentação

Má Adaptação



Mamas engurgitadas/mastites



(amamentacaoexclusiva.blogspot.com)



(semprematerna.uol.com.br)

O bebé pode não aumentar de peso

O bebé pode afastar-se da mama por frustração e recusar ser amamentado

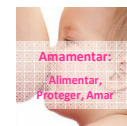


(dicascuriosidadeemais.blogspot.com)

(WHO, 2009, pp. 14)

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Factores para uma boa Amamentação



Colocar o bebé à mama



Boca bem aberta



Aproximar por baixo do mamilo

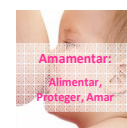


Assegurar uma boa pega

6 Junho 2012 - UCSPCJ

(LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 27)

Factores para uma boa Amamentação



Posição

Mãe

- Costas direitas mas relaxadas e apoiadas
- Confortável
- Deve ser capaz de suportar o bebé à mama sem ter de se inclinar para a frente.

(WHO, 2009, p. 15; APP, 2012)



(boppyworld.com)

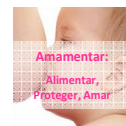
Bebé:

- A cabeça alinhada com o corpo;
- Está perto do corpo da mãe;
- Corpo todo virado para a mãe;
- Corpo totalmente suportado, pela mãe ou por almofadas
- Relaxado, confortável e a mamar.

6 Junho 2012 - UCSPCJ

(UNICEF [et. al.], 2010, p. 53; WHO, 2009, p. 15)

Factores para uma boa Amamentação



Posição



(gravidezmaternidade.com.br)

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Factores para uma boa Amamentação



Horários

O bebé deve ser alimentado em regime livre

Se um recém-nascido dorme mais do que 3 horas seguidas, deve ser acordado e amamentado



© Stephanie Robini Kelley Byden

(blogs.rediff.com)

A duração da mamada não é o mais importante, o que importa perceber é se o bebé está a obter leite da mama da mãe e não está a fazer dela uma chucha

6 Junho 2012 - UCSPCJ

(UNICEF [et. al], 2010, p. 53)

(LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 16)



(dicasdemulher.com.br)

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Dieta da Mãe



Dieta saudável e equilibrada



(jornalivre.com.br)

Quantidade de nutrientes e minerais adequada

Se na família houver casos de alergia, não devem abusar do leite e dos seus derivados

Beber um copo de vinho ou um café de vez em quando não tem problema, desde que moderadamente

(APP, 2012)
(LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 17)

6 Junho 2012 - UCSPCJ



Medicação da Mãe

(terra.com.br)

Medicação da Mãe



Alguns medicamentos podem provocar efeitos secundários graves para o bebê

A mãe deve tomar medicação apenas quando absolutamente necessário e a menor dose possível

É fundamental falar com o seu médico obstetra ou com o pediatra cada vez que seja necessário tomar algum medicamento



(diariodasaude.com.br)

Se o bebê apresentar algum destes sintomas:

- Perda de apetite
- Diarreia
- Sonolência
- Excesso de choro
- Vômitos
- Rash cutâneo



Ligar imediatamente ao Pediatra

(APP, 2012)

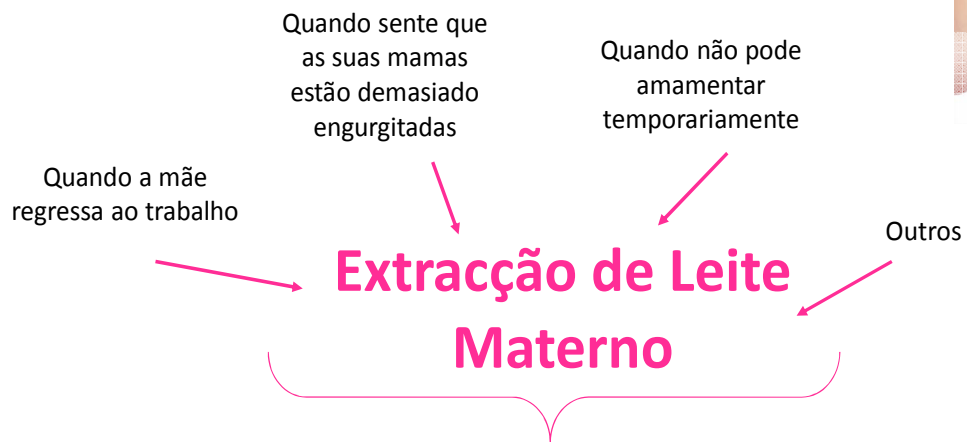
6 Junho 2012 - UCSPCJ



Extracção de Leite

(medela.com)

6 Junho 2012 - UCSPCJ



Manual



(prematuidade.com)

Bombas



(clasf.com.br)



(edaki.com.br)

6 Junho 2012 - UCSPCJ

(APP, 2012)
(UNICEF [et. al], 2010, p. 58)

Extracção de Leite



Vai precisar de:

- Bomba para extrair o leite;
- Um saco térmico para transportar e armazenar o leite;
- Alguns snacks/lanches para ir comendo durante o dia para manter a sua energia;
- Protectores dos mamilos,
- Uma camisa/top suplente

(APP, 2012)



(mythnomore.blogspot.com)

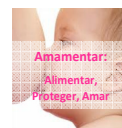
O leite é válido

48h no frigorífico

3 meses no congelador

(LEVY e BÉRTOLO, 2008, p. 40)

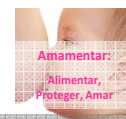
6 Junho 2012 - UCSPCJ



Boas Práticas da Amamentação

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Boas Práticas da Amamentação



O bebê deve ser colocado à mama logo na primeira hora de vida

A mulher que tem o bebê em meio hospitalar, tem o direito a estar com o mesmo 24 horas por dia e a exigir que não lhe seja dado nenhum suplemento, se estiver a amamentar.

Quase todas as mães conseguem amamentar com sucesso e produzir leite suficiente quando:

- É feito aleitamento materno exclusivo;
- O bebê está em boa posição e faz uma boa pega;
- O bebê é amamentado sempre e com a frequência que quer, é mantido à mama enquanto quer

Não devem ser usados chucha e biberão nos primeiros meses de vida do bebê, ou até a amamentação estar bem estabelecida

O melhor alimento para o bebê quando este não pode ser alimentado diretamente da mama é o leite que foi extraído e dado pelo copo.

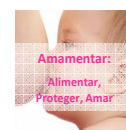
Até aos 6 meses o leite materno é suficiente para alimentar o seu bebê

(APP, 2012)

6 Junho 2012 - UCSPCJ

(UNICEF [et.al], 2010, p. 52, 53, 54, 55)

Onde pode pedir ajuda?



- UCSP Coração de Jesus e Extensão Duque de Loulé
- Maternidade Alfredo da Costa – Espaço amamentação
- Linhas de apoio
 - Linha de Saúde 24
 - Mama Mater
 - SOS Amamentação



6 Junho 2012 - UCSPCJ

Obrigada pela vossa atenção



6 Junho 2012 - UCSPCJ

Referências Bibliográficas

- BARRADAS, Aida [et.al.] – **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: UMA REALIDADE OU UTOPIA: opinião/expectativas das mulheres sobre a educação para a saúde realizada durante a vigilância pré-natal**. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada – 2 (2000). 11-12 pp.
- CARVALHO, Amâncio António de Sousa Carvalho; CARVALHO, Graça Simões de – **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação – um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros**. Lusociência. Loures, 2006. ISBN: 972-8930-22-4.
- DEAVE, Toity; JOHNSON, Debbie; INGRAM, Jenny – **Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood**. BMC Pregnancy and Childbirth 2008. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/30>
- <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/> - American Academy of Pediatrics (AAP), 2012.
- **Infant and young child feeding : model chapter for textbooks for medical students**. ISBN 978 92 4 159749 4. World Health Organization 2009. **9-76 pp.**
- LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena – **Manual do Aleitamento Materno**. Edição Revista (2008). Comité Português para a UNICEF. Lisboa, 2008. ISBN: 96436.
- MARTINS, Filomena de Jesus Rosa – **Educar para a saúde – uma prioridade nos Cuidados de Saúde Primários**. Revista Sinais Vitais. Coimbra, Maio de 2008. N.º 78. ISSN: 0872-8844. 41-43 pp.
- PACHECO, Sílvia; CUNHA, Susana – **A Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: O Papel do Enfermeiro**. Nursing. Lisboa, Junho de 2006. Ano 16, n.º 211. ISSN: 0871-6196. 19-22 pp.
- SU, Lin [et.al.] – **Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breastfeeding: randomised cotrolled trial**. BMJ 2007;335:59. <http://www.bmj.com/content/335/7620/596.full>
- UNICEF, WHO, UNESCO, UNFPA, UNDP, UNAIDS, WFP – **Facts for Life, Fourth edition**. United Nations Children's Fund. Nova York, 2010. ISBN: 978-92-806-4466-1. pp. 48-59.
- VIEIRA, Ana Rita [et.al.] – **Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura**. Revista Servir. Vol. 56, n.º ¾. Maio – Agosto 2008. ISSN 0871-2379. pp. 146-154.

6 Junho 2012 - UCSPCJ

Anexo 3
Folha de Avaliação da Sessão

Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

06 Junho 2012-06-05
Formadora: AEE Vera Neto

Por favor responda às seguintes questões de avaliação da sessão a que acabou de assistir, para que possa ajudar-nos a melhorar. Muito Obrigada pela Sua Colaboração.

1. Temas abordados na Sessão

a. Utilidade dos assuntos

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Adequação da carga horária

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Métodos utilizados

a. Facilitam a aquisição de competências

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Utilidade da partilha de experiências

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Utilidade do material fornecido

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Apresentação

a. Clareza no discurso?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Motivação e participação do grupo

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sugestões

Legenda:

1 - Mau 2 - Insuficiente 3 - Suficiente 4 - Bom 5 - Muito Bom

Obrigada!

ANEXO IV - CARTAZ INFORMATIVO “VIGILÂNCIA DE SAÚDE
INFANTIL”

Vigilância de Saúde Infantil

OBJETIVOS:



Doença Aguda: O que fazer?



ANEXO V - PAINEL E CARTAZ PROMOTOR DA PARENTALIDADE – DIA
DA CRIANÇA



ANEXO VI - REFLEXÃO ACERCA DE UM EPISÓDIO COMUNICACIONAL



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

**REFLEXÃO ACERCA DE UM EPISÓDIO
COMUNICACIONAL**

Vera Neto n.º 19201107

Índice

<u>0. NOTA INTRODUTÓRIA.....</u>	<u>4</u>
<u>1. REFLEXÃO CRÍTICA COM BASE NA METODOLOGIA DO CICLO REFLEXIVO DE GIBBS.....</u>	<u>4</u>
1.1. DESCRIÇÃO DO EPISÓDIO COMUNICACIONAL.....	4
1.2. COMO É QUE ME SENTI NESTA SITUAÇÃO.....	5
1.3. E 1.4. AVALIAÇÃO E ANÁLISE.....	6
1.5. CONCLUSÃO.....	7
1.6. PLANEAMENTO DE AÇÃO.....	8
<u>2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</u>	<u>8</u>

0. NOTA INTRODUTÓRIA

Esta reflexão surge no âmbito do objetivo **Refletir sobre o papel do EESIP na UCIN**, definido no âmbito do corrente módulo estágio, e surge da necessidade de refletir acerca de um episódio comunicacional que me marcou e que me proporcionou aprendizagem e desenvolvimento de competências.

A reflexão será feita com base no Ciclo Reflexivo de Gibbs, através das suas etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento de ação.

1. REFLEXÃO CRÍTICA COM BASE NA METODOLOGIA DO CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

1. 1. DESCRIÇÃO DO EPISÓDIO COMUNICACIONAL

Um dos bebés aos quais tive oportunidade de colaborar nos cuidados foi o bebé T., um RN pré-termo que se encontrava internado já há algumas semanas, estando no momento na sala de Cuidados Intermédios. A mãe deste recém-nascido (RN) tinha 42 anos e havia já perdido um filho com 17 anos com uma doença grave, cujo nome deu ao bebé T. Esta mãe tinha antecedentes de depressão medicada, à qual, segundo o marido, recorria com frequência.

Quando estava a terminar os cuidados ao bebé T. a mãe deste chegou à unidade e foi para junto de mim e do bebé. Eu apresentei-me e expliquei que estava em contexto de estágio da especialidade, sob supervisão da enfermeira orientadora.

Quando a mãe se apercebeu que eu era uma pessoa nova iniciou uma conversa comigo acerca do dia anterior, em que referiu ter sido “rotulada de burra”(sic) pela colega (enfermeira) que lá estava. Que tinha feito uma pergunta acerca da muda de fralda e que a colega lhe respondeu que “com o tempo que o bebé já tinha de internamento a mãe já devia saber essas coisas” (sic), tendo feito essa observação com alguma agressividade de acordo com o discurso da mãe.

A mãe esteve alguns minutos a falar comigo sobre essa situação, repetindo várias vezes a sua indignação pela forma como tinha sido abordada. Perante esta situação eu fiquei momentaneamente sem saber como agir, apesar de ter conseguido não o transmitir.

Fiquei apenas a escutar ativamente, acenando com a cabeça em sinal de estar a ouvi-la, ou dizendo pequenas palavras como “sim” ou “compreendo”, nas pausas que a mãe fazia. Mas não fiz qualquer comentário.

No final a mãe colocou a dúvida que a motivou a iniciar este episódio e que consistia em saber se para a mudança da fralda, deveria usar as compressas esterilizadas ou as compressas limpas. Eu respondi que poderia usar as compressas limpas, que não era necessário usar as compressas esterilizadas e expliquei porquê. A mãe ficou satisfeita com a resposta e deu por terminada a conversa.

Mais tarde, chegou o pai do bebé. À hora da alimentação, fui colocar o leite em perfusão pela bomba infusora, verificando o conteúdo gástrico do bebé. Enquanto administrava a terapêutica oral pela sonda, os pais observavam-me com atenção e o pai fez alguns comentários como “ah, ele já estava aí a dizer que a enfermeira já vem atrasada”(sic) “mas é ele que diz, o pai está aqui quietinho”(sic) e ria-se como que a brincar. Fez mais um ou dois comentários deste tipo e eu limitei-me a fazer um sorriso e não responder aquilo que me pareceu uma provocação. Enquanto administrava a terapêutica oral o pai estava muito atento a todo o procedimento. Eu tive alguma dificuldade em fazer a administração das vitaminas, visto que estas contêm pó e sedimentam facilmente acabando por obstruir a sonda, pelo que tive necessidade de pedir à enfermeira orientadora que interviesse. Durante esse procedimento, o pai manteve uma postura observadora, comentando todos os procedimentos realizados, demonstrando dessa forma a sua atenção aos cuidados prestados.

1.2. COMO É QUE ME SENTI NESTA SITUAÇÃO

Após refletir na situação vivenciada, compreendi que provavelmente pelo internamento prolongado e pelos seus antecedentes de depressão, esta mãe encontrou em mim um “alvo fácil” para desabafar os seus sentimentos e aproveitou para ter alguma atenção num momento em que talvez sinta falta de apoio.

Fiquei incomodada com a situação do pai porque ainda me sinto pouco segura em alguns aspetos da prestação de cuidados específicos ao RN, e a observação crítica do pai a todos os procedimentos causou-me alguma ansiedade. Apesar disso penso que lidei bem com a situação, explicando todo o procedimento e demonstrando compreender a sua preocupação, tendo em conta o historial clínico do seu filho.

1.3. E 1.4. AVALIAÇÃO E ANÁLISE

Esta experiência foi construtiva e permitiu-me refletir na forma como o EESIP deve saber e ser capaz de prestar cuidados centrados não apenas no RN mas também na família como uma unidade que é uma constante na vida da criança, que exerce o papel principal sobre o seu desenvolvimento e suporte afetivo (HARRISON, 2010; MANO, 2002) e por isso a sua presença durante o internamento do RN é muito importante e deve ser incentivada, já que incluir as famílias nos processos de cuidar é prestar cuidados de maior qualidade (HARRISON, 2010). Daquilo que tenho observado durante o meu estágio na UCIN, toda a equipa de enfermagem faz um grande esforço para estabelecer uma relação com os pais que seja compreensiva acerca das suas necessidades na adaptação à hospitalização da criança. Porém, nem sempre essa é uma prática fácil. Todas as famílias são diferentes e o enfermeiro deve reconhecer que as famílias têm um vasto conjunto de forças, preocupações, emoções e expectativas, para além da necessidade de cuidados de saúde especializados. Deve por isso promover uma comunicação aberta entre si e os familiares, com enfoque na procura de compreensão das preocupações das famílias, aceitando a sua individualidade e diversidade. (HARRISON, 2010). Proporcionar informação e promover a aquisição de conhecimentos aos pais é essencial já que, segundo PENTICUFF (2005), a compreensão da família acerca do estado clínico do bebé, prognóstico e opções de tratamento, são essenciais à participação dos pais com os profissionais de saúde na tomada de decisão.

Porém, há famílias com as quais é mais fácil de estabelecer uma relação de confiança e colaboração, do que outras. Nesta família por exemplo, o facto de o pai estar constantemente a fazer comentários acerca dos cuidados que estão a ser prestados ao seu filho, pode ser um fator que desfavorece a relação com os enfermeiros que, por sua vez, devem saber utilizar estratégias para se adaptar às diferentes famílias. Relativamente essa problemática, HARRISON (2010) evidencia um estudo em que enfermeiros mais experientes demonstraram uma atitude mais positiva acerca das habilidades dos pais para participar nos cuidados ao bebé, sentindo-se menos ameaçados, do que enfermeiros mais novos, ou com menos experiência na área, como é a minha situação.

GAUTADIER [et.al] (2011) refere no seu estudo que mais de metade das mães de recém-nascidos pré-termo evidenciam sinais de distúrbios psicológicos que resultam sem sentimentos de culpa, dificuldades em definirem-se como mães, desilusão acerca da aparência física do RN ou dificuldades em reconhecerem-no como seu filho. Estas mães vivenciam várias barreiras às tentativas de desenvolver uma relação com a equipa de enfermagem, incluindo a falta de pessoal (que limita o tempo disponível para comunicar e fornecer informação aos pais), o facto de existirem múltiplos cuidadores (o que limita a capacidade da mãe para desenvolver relações individualizadas), bem como o próprio medo da mãe de que as suas ações possam ter impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados ao seu filho, referindo também que as suas tentativas de estabelecer uma relação de parceria muitas vezes não são reconhecidas ou são percebidas pelos profissionais como uma atitude de colocar em causa o seu trabalho (HARRISON, 2010). Penso que estes achados são importantes para compreender também que muitas vezes estes pais podem ter certas atitudes que nos parecem invasivas ou críticas, quando a sua intenção pode ser tentar estabelecer uma relação de empatia connosco ou mostrar apenas que estão atentos ao nosso trabalho porque querem aprender a cuidar dos seus filhos.

HARRISON (2010) refere outro estudo em que as mães que referiam uma boa relação com os profissionais de saúde reportavam também maiores níveis de bem-estar e maior satisfação relativamente aos cuidados prestados, do que as mães que referiam não ter relações positivas. O que me faz pensar que esta relação entre os pais e os enfermeiros pode facilmente cair num ciclo vicioso. As atitudes dos pais podem ser mal compreendidas pelos enfermeiros, que reactivamente evitam a proximidade com os pais. Consequentemente a confiança dos pais nos cuidados pode ser afetada e estes podem tornar-se mais críticos relativamente ao trabalho dos enfermeiros, e assim sucessivamente. MANO (2002), refere que apesar de os enfermeiros reconhecerem a importância da presença dos pais para o bem-estar da criança, não os envolvem na participação dos cuidados de uma forma planeada e sistemática, considerando muitas vezes o comportamento dos pais desajustado ou insuficiente. Na UCIN, por aquilo de que consegui aperceber-me, os pais são sempre envolvidos nos cuidados ao bebé, de forma planeada, estabelecendo-se uma relação de parceria.

1.5. CONCLUSÃO

Depois daquele momento que tive com os pais do bebê T., fiquei mais apreensiva com a presença dos pais no momento em que eu estava a prestar cuidados, apesar de saber a importância que essa presença tem para a saúde emocional daquela família. Porém, compreendendo que o EESIP deve ter competências para implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde para a criança promotor da parentalidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010), este episódio irá contribuir para a aquisição de conhecimentos e habilidades no estabelecimento de relações com as famílias.

1.6. PLANEAMENTO DE AÇÃO

A comunicação com os pais é um elemento-chave para a negociação de papéis, pelo que considero que tenho necessidade de desenvolver as minhas competências comunicacionais de forma a ser capaz de utilizar técnicas apropriadas e culturalmente sensíveis (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Assim, durante o restante tempo de estágio, irei procurar aprofundar os meus conhecimentos nesta área de competências, bem como procurar oportunidades para estabelecer uma relação profissional com os pais dos RN internados na UCIN.

2. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

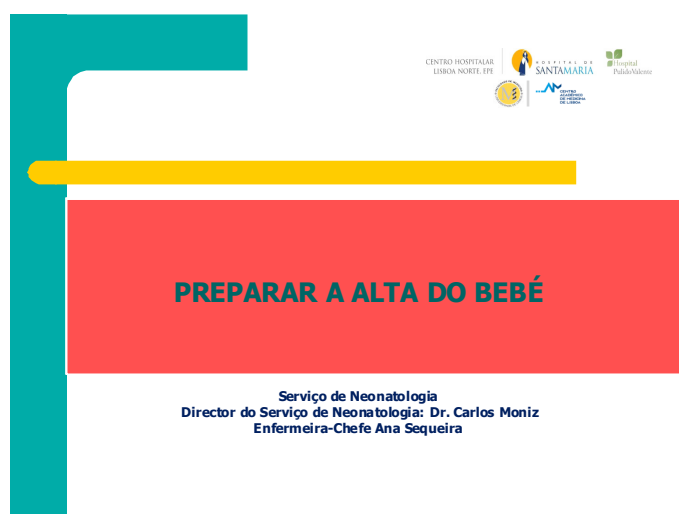
- HARRISON, Tondi M. – Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. Journal of Pediatric Nursing. [Em linha] Vol. 25, n.º 5 (2010). 335-343 [Consult. Dez. 2012]
- Ordem dos Enfermeiros - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. Lisboa: OE (2010).
- Penticuff, Joy H. – **Effectiveness of an Intervention to Improve Parent-Professional Collaboration in Neonatal Intensive Care**. J Perinat Neonat Nurs. Vol.19, n.º 2. 2005. 187-202 pp.
- Mano, Maria João – **Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais**. Revista Referência, n.º 8. maio 2002. 53-61 pp.


- GOUTADIER, Nelly [et.al.] – Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed-methods study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [Em linha]. Vol. 29, n.º 4 (2011). 364-373. [Consult. abril 2013]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2011.623227>. ISSN: 0264-6838

ANEXO VII - RELATÓRIO DA REFORMULAÇÃO DO PROGRAMA DE
FORMAÇÃO “PREPARAR A ALTA DO BEBÉ”



RELATÓRIO DA REFORMULAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO



CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, I.P.E.  Hospital Público Alentejo

PREPARAR A ALTA DO BEBÉ

Serviço de Neonatologia
Director do Serviço de Neonatologia: Dr. Carlos Moniz
Enfermeira-Chefe Ana Sequeira

Elaborado por:

Vera Neto

Sob orientação de:

EESIP Nádía Elawar

ÍNDICE

<u>0. INTRODUÇÃO.....</u>	<u>4</u>
<u>1. PLANO DE REFORMULAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO “PREPARAR A ALTA DO BEBÉ”</u>	<u>6</u>
<u>2. SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA “PREPARAR A ALTA DO BEBÉ”</u>	<u>9</u>
<u>2.1. PLANEAMENTO DA SESSÃO</u>	<u>9</u>
<u>2.2. AVALIAÇÃO DA SESSÃO.....</u>	<u>9</u>
<u>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	<u>10</u>
<u>4. ANEXOS</u>	<u>12</u>

0. INTRODUÇÃO

Após a realização do diagnóstico de situação para a elaboração do Projeto de Estágio referente a este módulo III, defini como objetivo específico “*Facilitar a transição do RN para o domicílio através da capacitação parental para a prestação autónoma de cuidados*”. Neste âmbito, e tendo em conta que um dos objetivos da UCIN é apoiar os pais na transição para o domicílio, promovendo a sua integração e autonomia nos cuidados ao bebé, foi-me dado a conhecer o Programa de Preparação para a alta já existente na unidade.

Este programa dirige-se a todos os pais/cuidadores principais dos RN internados na UCIN (UCI, UCInt e Pré-Saída) e tem como temática central a promoção do papel parental, e como objetivos: promover a literacia em saúde, a parentalidade, a capacitação parental e a parceria nos cuidados.

- Promover a literacia em saúde;
- Promover a parentalidade;
- Promover a capacitação parental;
- Promover a parceria nos cuidados.

Estruturalmente, a apresentação continha 92 slides e estava dividida em vários módulos correspondentes a temáticas como o banho do RN, a prevenção da morte súbita, amamentação e alimentação do RN, segurança, desenvolvimento do RN, principais problemas e acompanhamento de saúde após a alta, entre outros. Foi elaborada no ano de 2011 e não se encontra associada a nenhuma norma de procedimentos do serviço.

Foi-me transmitido pela enfermeira coordenadora da UCIN que este programa de formação necessitava de ser reformulado a nível estrutural e que, apesar de os conteúdos irem de acordo às necessidades dos pais, careciam de atualização.

Dada a limitação temporal do meu estágio, optei por fazer a reformulação estrutural do Programa, porque do meu ponto de vista, um programa bem estruturado é facilitador para a posterior atualização dos conteúdos, já que as temáticas não iriam sofrer alteração.

Desta forma, elaborei e apliquei um questionário para levantamento das necessidades de reformulação do programa (Anexo 1), que foi entregue, juntamente com os diapositivos do programa de formação, ao enfermeiro chefe de cada equipa, à enfermeira chefe e à enfermeira coordenadora. Dos 6 questionários entregues foram preenchidos e

devolvidos 4, cujas respostas podem ser observadas no documento de análise de resultados (Anexo 2).

Assim, de acordo com as necessidades identificadas pelos enfermeiros da UCIN, foi feita a alteração estrutural do Programa de Preparação para a Alta.

Após ter reformulado o programa de formação, fiz uma Sessão de Apresentação do programa reestruturado aos enfermeiros do serviço, visto que serão eles os seus utilizadores.

1. PLANO DE REFORMULAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO “PREPARAR A ALTA DO BEBÉ”

Programa de Formação “Preparar a alta do bebê” reformulado

Após a reformulação do programa, este ficou constituído por 4 sessões de formação, sendo estas referentes às seguintes temáticas:

1ª Sessão: Cuidados de Higiene e Conforto

- Banho do RN

2ª Sessão: Alimentação do RN

- Amamentação
- Alimentação com Leite Adaptado

3ª Sessão: Segurança

- Prevenção de Infecções
- Prevenção de Acidentes

4ª Sessão: Despiste de Problemas

- Sinais de Alarme
- Principais Problemas

A ordem das sessões não foi estabelecida definitivamente visto que foi elaborado um folheto informativo do programa em que os pais têm oportunidade de preencher uma ficha de inscrição em que referem quais as sessões a que estariam interessados em assistir. Assim, penso que as sessões deveriam ser realizadas de acordo com esse interesse dos pais.

Cada Sessão tem entre 11 a 18 diapositivos, com uma duração aproximada de 20-30 minutos, sendo que as sessões relativas aos cuidados de higiene e alimentação serão as mais extensas visto que pode ser incorporada uma parte prática de demonstração e participação dos pais.

Para cada sessão foi elaborado um Plano de Sessão individual, de forma a facilitar os enfermeiros que irão dinamizar as mesmas. Estes planos de sessão podem ser consultados em anexo (Anexos 3, 4, 5, 6).

Foram eliminados do programa os seguintes conteúdos:

- Alimentação da mãe durante o aleitamento materno – foi considerado pelos enfermeiros como desnecessário ou desadequado;
- Sites/contactos de apoio – Alguns desses contactos e sites foram colocados no folheto informativo do programa de formação, nomeadamente os de língua portuguesa;
- Prematuros famosos
- Legislação – Foi considerado desnecessário/desadequado pelos enfermeiros.

Aplicação do Programa:

Serão os enfermeiros da UCIN a colocar este programa em prática, sendo as sessões realizadas pelos mesmos.

Avaliação do Programa:

No programa inicial já estava elaborada a avaliação do mesmo que se manteve, visto não ter sido mencionado outro tipo de avaliação por parte dos enfermeiros, e o instrumento existente (Anexo 7) encontrar-se adequado para cada sessão.

O instrumento de avaliação é um questionário que deve ser entregue aos pais, no final de cada sessão, para que estes preencham com a sua opinião. Posteriormente esses resultados devem ser analisados utilizando o instrumento também já existente (Anexo 8) e que se encontra adequado.

Revisão do Programa:

Este Programa de Formação deve ser revisto de todos os anos, no final do ano, e sempre que haja conteúdos a acrescentar ao mesmo.

A revisão do programa deve ter em conta a análise dos questionários de avaliação de cada sessão que é preenchido pelos pais, visto ter sido referida a importância da avaliação do programa por parte dos pais, pelos enfermeiros.

Folheto informativo do Programa:

De acordo com as necessidades identificadas pelos enfermeiros, foi elaborado um folheto informativo do programa de formação para os pais, que contém informações

acerca do mesmo, uma ficha de inscrição para as sessões de formação a preencher pelos pais, bem como alguns contactos e sites úteis.

Esse folheto não deverá ser entregue no momento de admissão, segundo os enfermeiros, mas sim 3 dias após ou na admissão do bebé na sala de cuidados intermédios, e pode ser consultado em anexo (Anexo 9).

Sugestões:

Visto que o tempo de que dispus foi limitado, penso que há alterações que eram importantes realizar e que não tive oportunidade. Assim deixo algumas sugestões de reformulação do programa que considero serem ainda importantes para uma melhor utilização e aplicação do mesmo.

- A inclusão da temática “Muda de Fralda” na Sessão relativa à higiene e conforto;
- A elaboração de um folheto com todos os contactos e sites que se encontram disponíveis no programa de formação inicial não reformulado;
- A elaboração de um folheto de apoio a cada uma das Sessões que contenha informações chave que os pais possam levar para casa;
- Que nas Sessões relativas aos cuidados de higiene e à Alimentação do RN, seja dedicado um tempo à demonstração e prática pelos pais.

2. SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA “PREPARAR A ALTA DO BEBÉ”

Visto que os utilizadores deste Programa de Formação vão ser os enfermeiros da UCIN, realizei uma sessão de apresentação do programa, com o objetivo de **dar a conhecer as alterações realizadas ao Programa “Preparar a alta do bebé”, bem como a sua nova estrutura, aos enfermeiros da UCIN.**

A Sessão foi realizada no dia 6 de Dezembro, às 14h, visto que a passagem de turno realiza-se às 15h, de forma a facilitar a presença dos enfermeiros que estavam a fazer tanto o turno da manhã como o turno da tarde, tendo assistido 6 enfermeiros.

2.1. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Para a realização da sessão utilizou-se o método expositivo, com recurso a diapositivos. A apresentação do programa teve a duração de aproximadamente 30 minutos em que inicialmente foi feita a apresentação dos resultados do levantamento de necessidades do programa, e posteriormente foram apresentados os diapositivos das sessões de formação. Os diapositivos podem ser consultados em anexo (Anexos 10). Os recursos utilizados podem ser observados no Plano de Sessão (Tabela 1).

Etapas	Objetivos	Conteúdos	Métodos	Tempo	Formador	Recursos
Introdução	- Apresentar os resultados obtidos com o levantamento de necessidades de reformulação do programa	- Resultados do levantamento de necessidades de reformulação do programa	Expositivo	5 minutos	Vera Neto	Computador
Apresentação do Programa	- Dar a conhecer o programa reformulado	- Sessões de formação reformuladas	Expositivo	15 minutos	Vera Neto	Computador
Considerações finais	- Promover a discussão e esclarecimento de dúvidas		Participativo	5 minutos	Vera Neto	
Avaliação	- Os participantes avaliarem a sessão		Participativo	5 minutos	Vera Neto	Folhas de avaliação da sessão

Tabela 1 – Plano de Sessão

2.2. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação da Sessão de Apresentação foi feita pelos enfermeiros participantes, através do preenchimento de uma folha de avaliação (Anexo 11) e os resultados encontram-se expostos abaixo (Tabela 2).

Questões	Avaliação				
	1	2	3	4	5
1. Reformulação do Programa					
a. Considera que foi adequada?	0	0	0	1	5
b. Contribuíram para a sua melhor utilização?	0	0	0	1	5
2. Apresentação Programa					
a. Os diapositivos estavam adequados?	0	0	0	0	6
b. Considera que foi importante?	0	0	0	0	6
a. A formadora foi clara?	0	0	0	1	5
b. Foi motivadora para a utilização do programa?	0	0	0	0	6

Tabela 2 – Resultados da Avaliação da Sessão

Todos os enfermeiros participantes classificaram a sessão em 5 valores (na escala de 1 a 5) e não houve sugestões de melhoria.

Assim, considero ter atingido os objetivos desta sessão de apresentação, considerando-a bastante positiva, apesar de ter apenas 6 participantes, penso que foi uma amostra considerável.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a reformulação deste Programa de Formação para os pais os enfermeiros da UCIN vão poder atualizar os conteúdos e colocar o programa em prática, facilitando a transição dos pais para o domicílio no momento da alta, através da promoção das competências parentais.

O facto de a reformulação ter sido feita com base nas suas próprias sugestões, torna este programa adequado para a utilização pelos enfermeiros da UCIN.

4. ANEXOS

ANEXO 1

Questionário de levantamento de necessidades de reformulação do Programa “Preparar a alta do bebê”

QUESTIONÁRIO ACERCA DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO “PREPARAR A ALTA DO BEBÉ”

Este Questionário tem como finalidade identificar as necessidades de reformulação do Programa de Formação “Preparar a alta do bebé” existente na UCIN. É constituído por 15 perguntas, contendo perguntas fechadas e perguntas abertas. Leia atentamente cada uma das perguntas certificando-se que respondeu a todas. Responda com a sua opinião e justifique-a quando solicitado, tendo em conta que não há respostas certas nem erradas e que a sua colaboração é muito importante.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração.

1. Conhece o Programa de Formação “Preparar a Alta do Bebê”? Sim Não

2. Considera que o Programa se encontra adequado ao contexto da UCIN? Sim Não

3. Considera adequadas as temáticas abordadas no Programa, na perspetiva da promoção do papel parental? Sim Não

a. Porquê?

4. Considera pertinente uma reformulação do Programa? Sim Não

Se SIM:

5. Na sua opinião, o Programa deveria ser estruturado em:

- a. Uma só sessão que engloba todas as temáticas
- b. Várias sessões, cada uma dirigida a uma temática diferente
- c. Várias sessões, divididas por grupos de temáticas
- d. Outra estrutura

Sugestões

6. Se considerarmos várias sessões, quanto tempo considera que deveria ter cada sessão?

7. Qual o máximo de diapositivos que considera ser adequado para cada sessão?

8. Considera a apresentação do Programa adequado (cores, fundo, imagens...)?

Sim Não

Sugestões

9. Das temáticas abordadas, há alguma(as) que considere que não deveria ser abordada?

Sim Não

a. Se sim, qual/quais?

10. Há alguma temática que não esteja contemplada no Programa e considera importante integrar?

Sim Não

a. Se sim, qual/quais?

11. Na sua opinião, qual deveria ser a periodicidade da revisão do Programa?

- b. 1 vez por ano
- c. 2 em dois anos
- d. 4 em 4 anos

- e. Sempre que haja conteúdos pertinentes a integrar

Por favor, justifique a sua resposta:

12. Considera importante o envolvimento dos pais na avaliação do Programa?

Sim Não

- a. Se a sua resposta for NÃO, por favor justifique:

13. Considera que seria útil a entrega de um folheto aos pais a dar conhecimento do Programa de Formação e do seu conteúdo?

Sim Não

Se SIM:

14. Qual seria o momento mais adequado para fornecer o folheto aos pais?

- a. No momento de admissão do RN na UCIN?
- b. No momento de admissão do RN na sala de cuidados intermédios?
- c. No momento de admissão do RN na sala de Pré-Saída?
- d. Outro: _____

15. Nesse folheto considera que seria importante os pais que participam possam fazer uma avaliação sumária do Programa e sugerir novas temáticas?

Sim Não

- a. Se SIM, de que modo?

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO 2

Análise dos resultados dos questionários de levantamento de necessidades de
reformulação

Resultados do Questionário de levantamento de necessidades de reformulação do Programa Formativo “Preparar a Alta do Bebê”

Questões	Respostas			Sugestões/Justificações
	Sim	Não	Alíneas	
1. Conhece o Programa de Formação “Preparar a Alta do Bebê”?	4			
2. Considera que o Programa se encontra adequado ao contexto da UCIN?	4			
3. Considera adequadas as temáticas abordadas no Programa, na perspetiva da promoção do papel parental?	3			<ul style="list-style-type: none"> • Porque aborda temas que auxiliam os pais no desenvolvimento da sua parentalidade, através do suporte informativo • Normalmente são as questões mais abordadas pelos pais e importantes nos cuidados a bebé
4. Considera pertinente uma reformulação do Programa?	3	1		
5. Na sua opinião, o Programa deveria ser estruturado em:				
a. Uma só sessão que engloba todas as temáticas				
b. Várias sessões, cada uma dirigida a uma temática diferente			2	<ul style="list-style-type: none"> • Sessões teórico-práticas
c. Várias sessões, divididas por grupos de temáticas			1	<ul style="list-style-type: none"> • Está muito longo
d. Outra estrutura				
10. Se considerarmos várias sessões, quanto tempo considera que deveria ter cada sessão?				<ul style="list-style-type: none"> • Entre 30 e 45 minutos, de modo a que a sessão não seja exaustiva e conseqüentemente desinteressante • Cerca de 30 minutos • 30 minutos
11. Qual o máximo de diapositivos que considera ser adequado para cada sessão?				<ul style="list-style-type: none"> • Cerca de 15, inserindo-se uma parte prática quando possível (demonstrações, sugestões...) • 10 diapositivos • Adequada a cada sessão de 30 minutos e que não tenha muito conteúdo mas sobretudo tópicos
12. Considera a apresentação do Programa adequado	2	1		<ul style="list-style-type: none"> • Slides muito cheios; deveriam ser mais atrativos (por exemplo:

(cores, fundo, imagens...)?				<p>mais imagens mas sem exageros). Evitar informação desnecessária. Alguns itens podem ser passados para suporte de papel para ser entregue após a sessão.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diapositivos menos preenchidos, conteúdos mais sucintos
9. Das temáticas abordadas, há alguma(as) que considere que não deveria ser abordada?	3			<ul style="list-style-type: none"> • A vacinação deve ser abordada mas menos intensivamente; abordar temas até ao 1º ano de vida; apoios e sites de apoio deveriam passar para suporte de papel • Complicações amamentação; alimentação da mãe; vacinas (exceto VHB e BCG); Prevenção de acidentes no primeiro ano de vida; desenvolvimento do RN; Apoios na comunidade; sites de apoio; legislação • Leite materno; Desenvolvimento do RN; Soluções; Apoios na Comunidade/sites de apoio menos extenso
10. Há alguma temática que não esteja contemplada no Programa e considera importante integrar?		3		
11. Na sua opinião, qual deveria ser a periodicidade da revisão do Programa?				
a. 1 vez por ano			3	<ol style="list-style-type: none"> Penso que deve ser revisto anualmente de modo a atualizar informação, baseando-se em evidências científicas mais recentes Constantemente existem atualizações No final de cada ano deve ser avaliada as sessões efetuadas, a participação dos pais, a adequação e se forem surgindo novas guidelines fazer atualização dos temas e integrar outros temas ainda não incluídos. De ano a ano penso que é a periodicidade adequada
b. 2 em dois anos			1	
c. 4 em 4 anos				

d. Sempre que haja conteúdos pertinentes a integrar			2	
12. Considera importante o envolvimento dos pais na avaliação do Programa?	4			
13. Considera que seria útil a entrega de um folheto aos pais a dar conhecimento do Programa de Formação e do seu conteúdo	2	1		
15. Qual seria o momento mais adequado para fornecer o folheto aos pais?				
e. No momento de admissão do RN na UCIN?	1			
f. No momento de admissão do RN na sala de cuidados intermédios?			2	
g. No momento de admissão do RN na sala de Pré-Saída?				
h. Outro			1	i. Durante o internamento, mais ou menos 3 dias após a admissão
15. Nesse folheto considera que seria importante os pais que participam possam fazer uma avaliação sumária do Programa e sugerir novas temáticas?	3	1		ii. Considero que os pais poderiam dar a sua opinião apenas após a apresentação, através da entrega de um questionário de avaliação no fim de cada sessão iii. Questionário ou avaliação informal iv. Considero mais adequado a entrega de avaliação no final de cada sessão

Análise dos Resultados

- 100% dos enfermeiros conheciam o Programa e consideraram adequado à UCIN;
- 75% dos enfermeiros consideraram as temáticas abordadas adequadas, mas importante uma reformulação do programa
- 50% dos enfermeiros sugeriram dividir em várias sessões, uma para cada tema
- 25% dos enfermeiros sugeriram dividir por grupos de temáticas

- 75% dos enfermeiros sugeriram Sessões de 30 minutos, entre 10 a 15 diapositivos
- 50% dos enfermeiros consideraram a apresentação adequada, porém fizeram referência a diapositivos muito cheios, pouco atrativos e com informação desnecessária
- Complicações na amamentação, Vacinação, Desenvolvimento do RN, Sites de apoio e legislação – foram temas considerados pouco pertinentes ou demasiado explorados
- 75% dos enfermeiros não sugeriram outras temáticas
- 75% dos enfermeiros sugeriram que a revisão do programa fosse feita uma vez por ano
- 50% dos enfermeiros consideraram ainda que a revisão deve ser feita sempre que haja conteúdos pertinentes a integrar
- 100% dos enfermeiros consideraram importante o envolvimento e avaliação da sessão por parte dos pais
- 50% dos enfermeiros consideraram útil a entrega de um folheto de divulgação do programa, entregue na admissão do bebé na sala de cuidados intermédios.

ANEXO 3

Plano de Sessão – Cuidados de Higiene e Conforto

Plano de Sessão de Formação

1. Identificação da Ação

- a. **Tema:** Cuidados de Higiene e Conforto
- b. **Destinatários:** Pais/cuidadores principais dos RN internados na UCIN

2. Objetivos Gerais:

- Promover a literacia em saúde;
- Promover a parentalidade;
- Promover a capacitação parental;
- Promover a parceria nos cuidados.

3. Objetivos Específicos:

- Que os pais saibam prestar os cuidados de higiene ao bebé;
- Que os pais fiquem esclarecidos sobre questões relacionadas com o banho do bebé;
- Que os pais se sintam confiantes e capazes de prestar os cuidados ao bebé no momento da alta;

4. Materiais e equipamentos a utilizar:

- Computador
- Projetor
- Sala dos pais
- Folhetos
- Folhas de avaliação

5. Aspetos a considerar:

Conteúdos	Metodologia	Material/equipamento	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none">• Objetivos	Expositiva	<ul style="list-style-type: none">• Computador• Projetor• Sala dos pais	2 min.
Banho do RN	Expositiva	<ul style="list-style-type: none">• Computador	15 min.
Muda de Fralda	Interrogativa Interativa	<ul style="list-style-type: none">• Projetor• Sala dos pais• Folhetos	5 min.
Espaço para dúvidas	Interrogativa Interativa		5 min.
Avaliação		<ul style="list-style-type: none">• Folhas de avaliação	3 min.

ANEXO 4

Plano de Sessão – Alimentação do RN

Plano de Sessão de Formação

6. Identificação da Ação

- a. **Tema:** Alimentação do RN
- b. **Destinatários:** Pais/cuidadores principais dos RN internados na UCIN

7. Objetivos Gerais:

- Promover a literacia em saúde;
- Promover a parentalidade;
- Promover a capacitação parental;
- Promover a parceria nos cuidados.

8. Objetivos Específicos:

- Que os pais fiquem tomem conhecimento acerca das vantagens do aleitamento materno;
- Que a mãe seja capaz de amamentar de forma eficaz e com sucesso;
- Que os pais sejam capazes de alimentar o bebé com leite adaptado adequadamente, quando necessário;
- Que os pais tomem conhecimento acerca das práticas adequadas para a manutenção de biberões;

9. Materiais e equipamentos a utilizar:

- Computador
- Projetor
- Sala dos pais
- Folhetos
- Folhas de avaliação

10. Aspetos a considerar:

Conteúdos	Metodologia	Material/equipamento	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none">• Objetivos	Expositiva	<ul style="list-style-type: none">• Computador• Projetor• Sala dos pais	2 min.
Amamentação <ul style="list-style-type: none">• Vantagens do Aleitamento materno• Posições de Amamentar• Alguns Aspetos práticos• Tratar o ingurgitamento	Expositiva Interrogativa Interativa	<ul style="list-style-type: none">• Computador• Projetor• Sala dos pais• Folhetos	10 min

<p>mamário</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recolha de Leite Materno • Acondicionamento do Leite Materno • Como aumentar a produção de leite 			
<p>Alimentação do RN com Leite Adaptado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparação dos biberões • Lavagem dos biberões • Esterilização dos biberões 	<p>Expositiva Interrogativa Interativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Sala dos pais • Folhetos 	10 min.
<p>Espaço para dúvidas</p>	<p>Interrogativa Interativa</p>		5 min.
<p>Avaliação</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Folhas de avaliação 	3 min.

ANEXO 5

Plano de Sessão – Segurança

Plano de Sessão de Formação

11. Identificação da Ação

- a. **Tema:** Segurança
- b. **Destinatários:** Pais/cuidadores principais dos RN internados na UCIN

12. Objetivos Gerais:

- Promover a literacia em saúde;
- Promover a parentalidade;
- Promover a capacitação parental;
- Promover a parceria nos cuidados.

13. Objetivos Específicos:

- Que os pais tomem conhecimento acerca da importância da vacinação e outras medidas para a prevenção de infeções;
- Que os pais tomem conhecimento acerca de medidas básicas de prevenção de acidentes no primeiro ano de vida do bebé;
- Que os pais saibam como transportar o seu filho adequadamente.

14. Materiais e equipamentos a utilizar:

- Computador
- Projetor
- Sala dos pais
- Folhetos
- Folhas de avaliação

15. Aspetos a considerar:

Conteúdos	Metodologia	Material/equipamento	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none">• Objetivos	Expositiva	<ul style="list-style-type: none">• Computador• Projetor• Sala dos pais	2 min.
Prevenção de Infeções / Vacinas	Expositiva	<ul style="list-style-type: none">• Computador• Projetor	6 min.
Prevenção de Acidentes	Interrogativa	<ul style="list-style-type: none">• Sala dos pais	7 min.
Transporte do RN	Interativa	<ul style="list-style-type: none">• Folhetos	7 min.
Espaço para dúvidas	Interrogativa Interativa		5 min.
Avaliação		<ul style="list-style-type: none">• Folhas de avaliação	3 min.

ANEXO 6

Plano de Sessão – Despiste de Problemas

Plano de Sessão de Formação

16. Identificação da Ação

- a. **Tema:** Despiste de Problemas
- b. **Destinatários:** Pais/cuidadores principais dos RN internados na UCIN

17. Objetivos Gerais:

- Promover a literacia em saúde;
- Promover a parentalidade;
- Promover a capacitação parental;
- Promover a parceria nos cuidados.

18. Objetivos Específicos:

- Que os pais tomem conhecimento acerca dos principais sinais de alarme do RN;
- Que os pais tomem conhecimento acerca dos principais problemas que o RN pode apresentar;
- Que os pais sejam capazes de atuar adequadamente caso ocorram esses problemas.

19. Materiais e equipamentos a utilizar:

- Computador
- Projetor
- Sala dos pais
- Folhetos
- Folhas de avaliação

20. Aspetos a considerar:

Conteúdos	Metodologia	Material/equipamento	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none">• Objetivos	Expositiva	<ul style="list-style-type: none">• Computador• Projetor• Sala dos pais	2 min.
Sinais de Alarme	Expositiva	<ul style="list-style-type: none">• Computador	10 min.
Principais Problemas <ul style="list-style-type: none">• Soluços• Cólicas• Engasgamento	Interrogativa Interativa	<ul style="list-style-type: none">• Projetor• Sala dos pais• Folhetos	10 min.
Espaço para dúvidas	Interrogativa Interativa		5 min.
Avaliação		<ul style="list-style-type: none">• Folhas de avaliação	3 min.

ANEXO 7

Folha de Avaliação das Sessões do Programa “Preparar a alta do bebê”

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



Com este questionário pretende-se saber a sua opinião acerca da Sessão de Formação a que assistiu.

Perante as questões a seguir apresentadas, assinale com uma **X** o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

Insuficiente - 1 Suficiente - 2 Bom - 3 Muito Bom - 4 Excelente - 5

1 - Considera que os objectivos da formação foram atingidos?

2 - Como classifica a utilidade da sessão de formação para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados?

3 - Foram abordados todos os conteúdos que considera importantes?

4 - Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na sessão?

5 - Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

Relativamente à Organização da Acção de Formação, como classifica os seguintes parâmetros?

6 - Os diapositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?

7 - A duração da formação foi adequada?

8 - O horário da formação foi adequado?

9 - Comentários e sugestões de melhoria:



Muito Obrigada pela sua colaboração!

Maria João Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica



ANEXO 8

Instrumento de análise de resultado da avaliação das sessões de formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – ANÁLISE ESTATÍSTICA

N= Enfermeiros

Tema:

Local:

Duração:

Data:

Formadora:

Apreciação Global	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1- Os objectivos da sessão foram atingidos					
2- Utilidade da Sessão de formação para a melhoria da qualidade dos cuidados					
3- Foram abordados todos os conteúdos importantes					
4- Domínio dos conteúdos apresentados					
5- Clareza na transmissão dos conhecimentos					

Organização da Acção de Formação	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
6- Adequação dos diapositivos					
7- Duração da Formação					
8- Horário da Formação					

ANEXO 9

Folheto informativo de apresentação do Programa “Preparar a alta do bebê”

Ficha de Inscrição

Programa de Formação “Preparar a Alta do Bebé”

Sites de Apoio em Português

- www.nascerprematuro.org
- www.sosamentacao.org.pt
- www.diagnosticoprecoce.org
- www.saude24.pt
- www.dgs.pt/
- www.spp.pt
- www.apsi.org.pt/
- www.apdpn.org.pt/
- www.gemeos.servisoft.pt
- www.rarissimas.pt
- www.nascerantes.com.br

Programa de Formação “Preparar a Alta do Bebê”

Estimados Pais,

O vosso bebé ficará no nosso Serviço até se encontrar melhor e poder ir para casa.

Com o intuito de Vos preparar para esse momento, temos um Programa de Formação dirigido aos pais, para que possam connosco aprender ou relembrar os cuidados que o Vosso bebé necessita.

Queremos por isso dar a conhecer este Programa de Formação e convidá-los a participar, de forma a que se sintam preparados e confiantes no momento de levar o Vosso bebé para casa!

Elaborado por:

Vera Neto

Enfermeira Orientadora: Nácia Elawar

Professora Orientadora: Margarida Lourenço

Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



Programa de Formação "Preparar a Alta do Bebê"

Conteúdo das Sessões

1ª Sessão: Cuidados de Higiene e Conforto

- Banho
- Muda de Fralda



2ª Sessão: Alimentação do RN

- Amamentação
- Alimentação com Leite Adaptado



3ª Sessão: Segurança

- Prevenção de Infecções
- Prevenção de Acidentes



4ª Sessão: Despiste de Problemas

- Sinais de Alarme
- Principais Problemas



Local da Formação:

- Sala de Pais

Duração das Sessões:

- Aproximadamente 30 minutos

Data de hora das Sessões:

- Informe-se junto dos Enfermeiros

Se desejar participar no Programa de Formação "Preparar a Alta do Bebê", por favor preencha o destacável deste folheto e entregue a um membro da equipa de Enfermagem.

OBRIGADA!

Desejo Participar do Programa de Formação "Preparar a Alta do Bebê"

Nome: _____

Pais de: _____

O meu filho encontra-se internado na sala:

- Cuidados Intensivos.....
- Cuidados Intermédios.....
- Pré-saída.....

Desejo Participar na Sessão (pode assinalar só uma, varias ou todas, consoante aquelas nas quais deseja participar):

1ª Sessão.....

2ª Sessão.....

3ª Sessão.....

4ª Sessão.....

Obrigada pela sua inscrição!



ANEXO 10

Diapositivos da Sessão de Apresentação do Programa “Preparar a alta do bebê”

Apresentação do Programa

PREPARAR A ALTA DO BEBÉ

Formadora: Vera Neto

Enf.^a Orientadora: Nádía Elawar (EESIP)

Professora Orientadora: Dra. Zaida Charepe

Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Objetivos do Programa

- Promover a literacia em saúde;
- Promover a parentalidade;
- Promover a capacitação parental;
- Promover a parceria nos cuidados.

Levantamento de Necessidades de Reformulação

6 Questionários entregues, 4 Devolvidos e preenchidos

Resumo dos Resultados

- 100% conhecia o Programa e consideraram adequado à UCIN;
- 75% : temáticas abordadas adequadas, mas importante uma reformulação do programa
- 50% : Dividir em várias sessões, uma para cada tema – 25% dividida por grupos de temáticas
- 75% : Sessões de 30 minutos, entre 10 a 15 diapositivos
- 50% : Apresentação adequada, porém referência a diapositivos muito cheios, pouco atrativos e com informação desnecessária
- Complicações na amamentação, Vacinação, Desenvolvimento do RN, Sites de apoio e legislação – foram temas considerados pouco pertinentes ou demasiado explorados
- 75% : não sugeriu outras temáticas
- 75% : revisão uma vez por ano – 50% sempre que haja conteúdos pertinentes a integrar
- 100% : importante envolvimento e avaliação por parte dos pais
- 50% : útil entrega de um folheto de divulgação do programa, entregue na admissão do bebé na sala de cuidados intermédios

Nova estrutura do Programa

4 sessões de formação:

- 1ª Sessão:** Cuidados de Higiene e Conforto
 - Banho do RN
- 2ª Sessão:** Alimentação do RN
 - Amamentação
 - Alimentação com Leite Adaptado
- 3ª Sessão:** Segurança
 - Prevenção de Infecções
 - Prevenção de Acidentes
- 4ª Sessão:** Despiste de Problemas
 - Sinais de Alarme
 - Principais Problemas

11 a 18 diapositivos

20-30 minutos

Sugestão: incorporar uma parte prática de demonstração e participação dos pais

Nova estrutura do Programa

Conteúdos eliminados :

- Alimentação da mãe durante o aleitamento materno
- Sites/contactos de apoio – Alguns colocados no folheto informativo
- Prematuros famosos
- Legislação

PREPARAR A ALTA DO BEBÉ

Cuidados de Higiene e Conforto

Serviço de Neonatologia
Director do Serviço de Neonatologia: Dr. Carlos Moniz
Enfermeira-Chefe Ana Sequeira

Objetivos da Sessão

- Que os pais saibam prestar os cuidados de higiene ao bebé;
- Que os pais fiquem esclarecidos sobre questões relacionadas com o banho do bebé;
- Que os pais se sintam confiantes e capazes de prestar os cuidados ao bebé no momento da alta;

BANHO DO RN



Banho do RN



- Deve manter o local aquecido (22 a 25°C) e sem correntes de ar;
- Todo o material de que necessita deve ser preparado antes de iniciar o banho;
- Os produtos a utilizar no banho devem ter pH neutro e não conter nem perfume nem álcool;
- A banheira do bebé deve estar assente sobre uma superfície plana;
- Deve retirar anéis e pulseiras;
- Deve colocar próximo uma toalha aberta, assim como a roupa que o bebé vai vestir;

Banho do RN



- Deve colocar o restante material ao alcance da mão (gel, esponja, escova, óleo, etc.);
- A água fria deve ser colocada primeiro e só depois, de forma gradual, a água quente. A altura de água não deve ultrapassar os 10-12 cm;
- A temperatura da água deverá estar entre os 36° e os 37°;
- O bebé só deve ser despido quando já tiver tudo o que for necessário preparado;
- Antes do banho deve limpar a região perineal retirando o excesso de fezes ou urina, para que a água não fique suja;

Banho do RN

- O banho deve iniciar-se pela limpeza da cara
 - olhos: limpar com compressa (uma para cada olho) embebidas em água limpa/SF do canto interno para o externo,



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente



CENTRO
ACADÉMICO
DE MEDICINA
DE LISBOA

Banho do RN

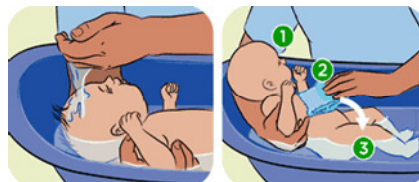
- Segure o bebé, passando o seu braço esquerdo pelas costas do bebé, agarrando com a sua mão junto à axila do braço esquerdo do bebé. A mão direita fica livre para poder dar o banho;



Banho do RN

Ouvidos:

- apenas com água
- apenas na orelha
- não utilizar cotonetes;



Nariz: utilizar uma compressa húmida com água, sempre que apresentem secreções.

Cabeça: ensaboe com movimentos suaves

Tronco/Costas:

- mantenha movimentos suaves
- inicie no pescoço, barriga, braços e de seguida as costas

Pernas/Pés: da coxa aos dedos dos pés.

Banho do RN



Rapazes

- Repuxa-se ligeiramente o prepúcio de modo suave para trás
- Lava-se a restante área genital e por fim o ânus.

Meninas

- Lavam-se as virilhas, seguidas dos genitais no sentido antero-posterior, terminando no ânus.

Banho do RN

- Terminado o banho, envolva o bebé muito bem numa toalha suave e seca
- Enxugue-o delicadamente, sem fricção, dando atenção especial às pregas cutâneas. Seque bem o pescoço, axilas, virilhas e entre os dedos.



- **Unhas:** devem cortar-se regularmente, de modo a manterem-se curtas (para que não se arranhem) e limpas. É aconselhável fazê-lo enquanto o recém-nascido dorme, ou então limá-las com lima de papel (objectos exclusivos do bebé).

Banho do RN

Dúvidas?



Obrigada!

PREPARAR A ALTA DO BEBÉ

Alimentação do RN

Serviço de Neonatologia
Director do Serviço de Neonatologia: Dr. Carlos Moniz
Enfermeira-Chefe Ana Sequeira

Objetivos da Sessão

- Que os pais fiquem tomem conhecimento acerca das vantagens do aleitamento materno;
- Que a mãe seja capaz de amamentar de forma eficaz e com sucesso;
- Que os pais sejam capazes de alimentar o bebé com leite adaptado adequadamente, quando necessário;
- Que os pais tomem conhecimento acerca das práticas adequadas para a manutenção de biberões;

AMAMENTAÇÃO



Vantagens do Aleitamento Materno

Para o Bebê:

- Proporciona um alimento completo e natural, nas melhores condições de higiene e temperatura;
- Previne infecções
- Promove o bom desenvolvimento dos maxilares e dos dentes
- É de fácil digestão e assimilação;
- Diminui as dificuldades na fala, através do desenvolvimento dos músculos da face;



É o método mais barato e seguro de alimentar o seu filho!

Vantagens do Aleitamento Materno

Para a Mãe:

- Ajuda a atrasar o aparecimento da menstruação e a próxima gravidez (não protege completamente)
- Promove uma recuperação física mais rápida e fácil
- Reduz a probabilidade do aparecimento de Cancro da Mama e do Ovário, Diabetes tipo II, Artrite Reumatóide e doenças Cardiovasculares



Posições de Amamentar



Alguns aspectos práticos

- A mãe deve amamentar sempre que o bebé tenha fome (horário livre);
- Oferecer uma das mamas ao bebé e deixá-lo esvaziá-la; só no caso o bebé ainda manifestar fome, oferecer a outra mama
- Na próxima mamada, oferecer a mama que não foi usada



Tratar o Ingurgitamento Mamário

- Retirar o leite da mama até que as mamas fiquem menos ingurgitadas, com expressão manual ou bomba → mais fácil para o bebé pegar eficazmente;



Recolha de Leite Materno

- A extracção do leite, deverá ser feita, no máximo, de 4 em 4 horas, durante o dia e por um período maior durante a noite, para poder descansar.
- A lavagem da mama deve ser realizada na higiene diária. Não é necessária a limpeza da mama antes de cada colheita, para evitar o risco de lesão da pele.



Extracção Manual



Extracção com Bomba Manual



Extracção com Bomba Eléctrica

Acondicionamento do Leite Materno

Temp. ambiente: 6h;
Frigorífico (0 e 4°C):24h;
Congelador : máx. 3 meses

Para congelar o leite deve usar recipientes adequados

Quando **armazenar o leite**, deverá **identificar com a data de extração** →utilizar sempre primeiro o leite extraído há mais tempo;



Descongelar o leite no frigorífico e aquecer em “banho maria”;

Depois de descongelado usar o leite num período de 24h

Não volte a congelar leite que já foi descongelado.

Como aumentar a produção de leite?

- Amamentar com mais frequência durante alguns dias;
- Amamentar também à noite
- Retirar o leite, sempre que não esteja com o bebé



Alimentação do RN com Leite Adaptado



Preparação dos biberões

- Ferver a água diariamente, em recipiente próprio e só para esta finalidade;
- Colocar no biberão a quantidade de água necessária e só depois, adicionar o leite;
- Utilizar somente a medida que se encontra na lata de leite;
- Por cada **30 ml de água**, deve adicionar **1 medida rasa de pó**;



Preparação dos biberões

- Aquecer o biberão em água quente a correr ou em banho maria (sem ferver). **Não deve utilizar o microondas**;
- Verificar a temperatura do leite antes de o oferecer ao seu filho
- Deve desperdiçar leite já preparado e aquecido;



Preparação dos biberões



Lavagem dos biberões

1. Lavar o interior com um escovilhão
2. Lavar as tetinas, voltá-las de dentro para fora e esfregar com uma escovinha apropriada
3. Enxaguar abundantemente cada utensílio em água quente;



Esterilização dos biberões

Ferver na Panela:

- 10 minutos biberões
- 5 minutos tetinas



Esterilizador

- De acordo com as instruções do fabricante

Microondas:

- De acordo com as instruções do fabricante



Obrigada!

Dúvidas?



PREPARAR A ALTA DO BEBÉ

Segurança

Serviço de Neonatologia
Director do Serviço de Neonatologia: Dr. Carlos Moniz
Enfermeira-Chefe Ana Sequeira

SEGURANÇA



Objetivos da Sessão

- Que os pais tomem conhecimento acerca da importância da vacinação e outras medidas para a prevenção de infeções;
- Que os pais tomem conhecimento acerca de medidas básicas de prevenção de acidentes no primeiro ano de vida do bebé;
- Que os pais saibam como transportar o seu filho adequadamente.

Vacinas

Plano Nacional de Vacinação

	0 Meses	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses	15 Meses	18 Meses	5-6 Anos	10-13 Anos	Toda a Vida
Tuberculose	BCG										
Hepatite B	VHB ₁	VHB ₂				VHB ₃				VHB _{a)}	
Poliomielite		VIP ₁		VIP ₂		VIP ₃			VIP ₄		
Difteria, Tétano e Tosse Convulsa		DTP ₁		DTP ₂		DTP ₃		DTP ₄	DTP ₅		
Haemophilus B		HIB ₁		HIB ₂		HIB ₃		HIB ₄			
Influenza											
Meningococo C			MenC ₁		MenC ₂		MenC ₃				
Papiloma H										VPH _{c)}	
Sarampo Rubéola e						VASPR ₁			VASPR ₂ _{b)}		
Tétano e Difteria										Td	Td (10/10 Anos)

(a) Só para nascidos até 1999 (esquema vacinação: 0, 1 e 6 meses); (b) Nos nascidos em 1993 a VASPR-2 deve ser administrada aos 13 anos; (c) Em 2009-2011 serão vacinadas as raparigas que atinjam os 17Anos (nascidas em 1992-1994)

Vacinas

- **BCG - Vacina contra a Tuberculose**
 - Habitualmente aparece uma borbulha com pús que pode desaparecer em semanas ou meses, dando origem à cicatriz vacinal.
 - Não se deve mexer.
- **VHB - Vacina contra a Hepatite B**
 - Dor, vermelhidão e tumefacção local;
 - Febre com duração de 1/2 dias.



Prevenção de Infecções

- Proteger do frio;
- Evitar contacto com pessoas constipadas;
- Se existirem irmãos mais velhos no infantário, devem lavar sempre as mãos e a cara antes de contactarem com o irmão;
- Evitar os "passeios" nos centros comerciais pois expõe o bebé ao risco de contrair doenças;
- Evitar ambientes poluídos de fumo.
- Andar em transportes públicos, superlotados, apenas quando estritamente necessário.



Prevenção de Acidentes

Principais acidentes no 1º ano de vida:

0 a 1 ano

Quedas e envenenamentos



Afogamento e queimadura



Acidentes por veículos motorizados



Asfixia por corpos estranhos;

Transporte do RN

Seja qual for a velocidade ou a distância a percorrer, deve utilizar sempre um sistema de retenção adequado ao peso e à idade da criança e correctamente instalado.



Transporte do RN

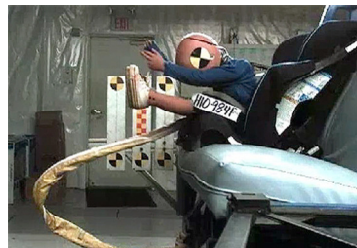
- Cadeiras 0-13 kg
- (Grupo 0+)
 - Chamadas "cadeiras portáteis"
 - Utilizam-se sempre voltadas para trás
 - Podem ser instaladas no banco da frente ou no de trás, utilizando um cinto de 3 pontos.
 - Não podem nunca ser instaladas num lugar que tenha um airbag frontal activo - transporte os bebés virados para trás sempre no banco de trás



Transporte do RN

Porque deve a cadeira estar voltada para trás?

- Se a criança estiver voltada para a frente antes dos 18 meses, o seu pescoço pode ser "puxado" com demasiada força provocando lesões na coluna vertebral.
- Os choques frontais são mais frequentes e violentos que os choques por trás.



Obrigada!

Dúvidas??



PREPARAR A ALTA DO BEBÉ

Despiste de Problemas

Serviço de Neonatologia
Director do Serviço de Neonatologia: Dr. Carlos Moniz
Enfermeira-Chefe Ana Sequeira

SINAIS DE ALARME/PRINCIPAIS PROBLEMAS



Objetivos da Sessão

- Que os pais tomem conhecimento acerca dos principais sinais de alarme do RN;
- Que os pais tomem conhecimento acerca dos principais problemas que o RN pode apresentar;
- Que os pais sejam capazes de atuar adequadamente caso ocorram esses problemas.

Sinais de Alarme (desenvolvimento)

■ Alterações do tónus muscular (frequentes e muitas vezes transitórias);

- A hipertonia mantida pode indicar uma situação patológica
- Serão dadas indicações sobre o correcto posicionamento da criança e sobre o eventual recurso ao tratamento por Fisioterapia



■ Assimetria dos movimentos

- Os movimentos dos membros devem ser simétricos.
- Nos primeiros meses as crianças não devem mostrar preferência pela utilização de um dos membros – pode ser sinal de lesão cerebral

Sinais de Alarme (desenvolvimento)

■ Problemas de visão

- Falta de contacto visual ou um desvio mantido dos olhos, pode ser a manifestação de diminuição da acuidade visual ou de estrabismo
- Mais tarde, o aproximar demasiado os objectos da face, pode ser sinal de diminuição da visão.



■ Problemas de audição

- A reacção aos sons pode ser notada desde os primeiros meses, em que o bebé reage à voz dos pais quando estes procuram acalmá-lo. Se isso não acontecer, programar novo rastreio auditivo.



Sinais de Alarme (desenvolvimento)

▪ Perturbações da linguagem

□ Se a criança não atingir as etapas do desenvolvimento linguístico nas idades apropriadas ou se houver erros de articulação importantes depois dos 5 anos, deve ser efectuada:

- uma reavaliação da audição;
- uma avaliação global do desenvolvimento a fim de se verificar se a perturbação da linguagem surge de forma isolada;
- uma avaliação específica da linguagem.

(terapia da fala)



Sinais de Alarme (desenvolvimento)

▪ Perturbação global do desenvolvimento (défice cognitivo)

□ As crianças não adquirem as competências nas diversas áreas do desenvolvimento nas idades esperadas.

- falta de interesse pelos objectos ;
- má coordenação entre a visão e a manipulação.



Após a alta mantém-se a necessidade de um acompanhamento adequado de modo a intervir atempadamente no sentido de minimizar os eventuais défices.

PRINCIPAIS PROBLEMAS



PRINCIPAIS PROBLEMAS

Soluções

- Associados à imaturidade do sistema nervoso
- Os soluços tendem a melhorar até os seis meses de idade.
- Há muitos bebés que têm soluços após as mamadas e regurgitam um pouco de leite, sobretudo nos primeiros meses.
- Se estiverem a progredir de peso, não existe razão para preocupações.



PRINCIPAIS PROBLEMAS

Cólicas

- Espasmos intestinais resultantes da adaptação e desenvolvimento do sistema digestivo do bebé e devido à acumulação de gases.
- Manifestam-se mais frequentemente nos primeiros 3 a 4 meses.
 - Choro alto e inconsolável
 - Flexão das pernas sobre o abdómen
 - Abdómen tenso



PRINCIPAIS PROBLEMAS

Cólicas

Causas:

- Alimentação muito rápida;
- Deglutição de muito ar;
- Excesso de alimentação;
- Má técnica a dar a alimentação (posição, eructação);
- Stress ou tensão emocional entre pais e criança;
- Fermentação excessiva e produção de gases no intestino;
- Intolerância às proteínas do leite de vaca.

Alívio:



PRINCIPAIS PROBLEMAS

Engasgamento

Colocar o bebé de cabeça para baixo, apoiado no seu antebraço, e bater suave mas firmemente nas costas.



Obrigada!

Dúvidas?



Avaliação do Programa

AValiaÇÃO DA Sessão DE FORMAÇÃO

Com este questionário pretende-se saber a sua opinião acerca da Sessão de Formação a que assistiu. Para as questões a seguir apresentadas, assinala com uma X o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

Insuficiente - 1 Suficiente - 2 Bom - 3 Muito Bom - 4 Excelente - 5

1. Considera que os objetivos da formação foram atingidos?
 1 2 3 4 5
 2. Como classifica a utilidade da sessão de formação para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados?
 1 2 3 4 5
 3. Foram abordados todos os conteúdos que considera importantes?
 1 2 3 4 5
 4. Como classifica o domínio do formador em relação aos conteúdos apresentados na sessão?
 1 2 3 4 5
 5. Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?
 1 2 3 4 5
- Relativamente à Organização da Ação de Formação, como classifica os seguintes parâmetros?**
6. Os dispositivos apresentados foram adequados à mensagem transmitida?
 1 2 3 4 5
 7. A duração da formação foi adequada?
 1 2 3 4 5
 8. O horário da formação foi adequado?
 1 2 3 4 5



Muito Obrigada pela sua colaboração!

Maria João Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Avaliação do Programa

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – ANÁLISE ESTATÍSTICA

Nº Enfermeiros

Tema:

Local:

Duração:

Data:

Formadora:

Apreciação Global	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1- Os objetivos da sessão foram atingidos					
2- Utilidade da Sessão de formação para a melhoria da qualidade dos cuidados					
3- Foram abordados todos os conteúdos importantes					
4- Domínio dos conteúdos apresentados					
5- Clareza na transmissão dos conhecimentos					

Organização da Ação de Formação	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
6- Adequação dos dispositivos					
7- Duração da Formação					
8- Horário da Formação					

Divulgação do Programa

Ficha de Inscrição
Programa de Formação
"Preparar a Alta do Bebê"

Contactos úteis

- UCN - 217805095
- Saúde24 - 808242424 (chamada local)
- Grupo de gémeos - 222085737 / 227625767 / 227628145
- SUS Grávida - 808 201 139 (chamada local)

Sites de Apoio em Português

- www.nascerprematuro.org
- www.sosamentacao.org.pt
- www.diagnostico precoce.org
- www.saude24.pt
- www.dgs.pt/
- www.spp.pt
- www.apsi.org.pt/
- www.apdgn.org.pt/
- www.gemeos.servisoft.pt
- www.rarissimas.pt
- www.nascerantes.com.br

Programa de Formação "Preparar a Alta do Bebê"

Estimados Pais,
O vosso bebé ficará no nosso Serviço até se encontrar melhor e poder ir para casa.
Com o intuito de vos preparar para esse momento, temos um Programa de Formação dirigido aos pais, para que possam connosco aprender ou relembrar os cuidados que o vosso bebé necessita.
Queremos por isso dar a conhecer este Programa de Formação e convidá-los a participar, de forma a que se sintam preparados e confiantes no momento de levar o vosso bebé para casa!



Informação:
Vera Neto
Professora Orientadora: Nádia de Azevedo
Professora Orientadora: Margarida Lourenço
Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Divulgação do Programa

Programa de Formação "Preparar a Alta do Bebê"



Conteúdo das Sessões

- 1ª Sessão: Cuidados de Higiene e Conforto**
- Banho
- Muda de Fralda
- 2ª Sessão: Alimentação do RN**
- Amamentação
- Alimentação com Leite Adaptado
- 3ª Sessão: Segurança**
- Prevenção de Infecções
- Prevenção de Acidentes
- 4ª Sessão: Despiste de Problemas**
- Sinais de Alarme
- Principais Problemas

Local da Formação:
- Sala de Pais
Duração das Sessões:
- Aproximadamente 30 minutos
Data de hora das Sessões:
- Informe-se junto dos Enfermeiros

Se desejar participar no Programa de formação "Preparar a Alta do Bebê", por favor preencha o destacável deste folheto e entregue a um membro da equipa de Enfermagem.

Desejo Participar do Programa de Formação "Preparar a Alta do Bebê"

Nome: _____
País de: _____

O meu filho encontra-se internado na sala:

- 1. Cuidados Intensivos.....
- 2. Cuidados Intermediários.....
- 3. Pré-sala.....

Desejo Participar na Sessão (pode assinalar só uma, varias ou todas, consoante aquelas nas quais deseja participar):

- 1ª Sessão.....
- 2ª Sessão.....
- 3ª Sessão.....
- 4ª Sessão.....

Obrigada pela sua inscrição!



Sugestões

Sugestões:

- A inclusão da temática “Muda de Fralda” na Sessão relativa à higiene e conforto;
- A elaboração de um folheto com todos os contactos e sites que se encontram disponíveis no programa de formação inicial não reformulado;
- A elaboração de um folheto de apoio a cada uma das Sessões que contenha informações chave que os pais possam levar para casa;
- Que nas Sessões relativas aos cuidados de higiene e à Alimentação do RN, seja dedicado um tempo à demonstração e prática pelos pais.

Obrigada!



ANEXO 11

Folha de avaliação da Sessão de Apresentação

**Avaliação da Apresentação do Programa de Formação
PREPARAR A ALTA DO BEBÉ**

06 Dezembro 2012

Formadora: AEE Vera Neto

Por favor responda às seguintes questões de avaliação da sessão a que acabou de assistir, para que possa ajudar-me a melhorar. Muito Obrigada pela Sua Colaboração.

1. Reformulação do Programa

a. Considera que foi adequada?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Contribuiu para a sua melhor utilização?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Apresentação do Programa

a. Os diapositivos estavam adequados?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Considera que foi importante?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. A formadora foi clara?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Foi motivadora para a utilização do Programa?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De 1 a 5, que classificação daria a esta Apresentação? ___

O que sugere para melhorar?

Legenda:

1 - Mau 2 - Insuficiente 3 - Suficiente 4 - Bom 5 - Muito Bom

Obrigada!

ANEXO VIII - FOLHETO “SINAIS DE ALARME” – SUP

Problemas Comuns no 1º Ano de Vida



- Eritema tóxico/ Eczema
- Dermatite da fralda
- Candidíase (Sapinhos)
- Febre
- Pieira/Tosse
- Constipação
- Bronquiolite/Pneumonia
- Meningite
- Traumatismo Craniano
- Amigdalite/Otite/Conjuntivite
- Diarreia Aguda/ Vômitos/
Gastroenterite
- Cólicas
- Infecção Urinária

(Hockenberry, 2011; DGS, 2004; Cordeiro,

Durante o primeiro ano de vida, é provável que o seu bebé desenvolva algumas doenças que são comuns nesta idade.

Essas doenças devem ser tratadas em casa com ajuda/orientação do médico assistente ou pediatra, evitando assim idas desnecessárias à Urgência que não são benéficas para o seu filho, pois aumentam o risco de infeção. Este folheto pretende ajudá-lo a saber onde recorrer nessas situações e quando é necessário recorrer ao Serviço de Urgência.

Contactos úteis

- Saúde24 - 808242424 (chamada local)
- SOS Criança – 800 202 651 (grátis)



TRO HOSPITALAR
SBOA NORTE, EPE



Hospital
PulidoValente

Elaborado por:

Vera Neto

Enfermeira Orientadora: EESIP Teresa Virgílio

Professora Orientadora: EESIP Elizabete Nunes

Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Sinais de Alarme 1º Ano de Vida



**Se o seu bebé está
doente, não corra para
a Urgência! Saiba em
que situações o deve
fazer!**

Plano de Atuação na Doença Aguda

1º



Centro de Saúde



Médico Assistente / Pediatra

Se indicado



Levar o bebé ao médico dentro de 24 horas se dois ou mais destes sinais/sintomas:

- Pieira
- Tosse muito incomodativa
- Irritabilidade
- Vômitos
- Diarreia intensa
- Lesões cutâneas generalizadas (manchas no corpo, borbulhas)
- Febre mantida acima de 40º retal ou 39,5º axilar

Em caso de dúvida a criança deve ser examinada de imediato pelo médico

Levar o bebé imediatamente ao Serviço de Urgência se apresentar algum dos seguintes sinais/sintomas:

- Convulsões
- Cianose (cor arroxeada)
- Dificuldade em respirar (vê-se as costelas ir para dentro e as “asas” do nariz a abrir, tem falta de ar, faz muito barulho a respirar)
- Tosse Laríngea (tosse “de cão” muito incomodativa)
- Choro prolongado, grito ou gemido
- Sonolência demasiada sem razão aparente
- Não responde a estímulos como sorrir
- Recusa repetida de mamar (em crianças pequenas)
- Hipotonia (moleza exagerada, sem força no corpo)
- Dores que interrompem o sono ou as brincadeiras
- Febre alta (superior a 40º retal ou 39,5º axilar) há mais de 3 dias seguidos, sem causa aparente ou outros sintomas
- Febre em bebés até 3 meses
- Sinais de desidratação (olhos encovados, fontanela deprimida, sede intensa, boca seca, urinar pouco)
- Traumatismo Crânio-encefálico com perda de conhecimento, náuseas ou alteração de comportamento

ANEXO IX - REFLEXÃO SUP



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Reflexão - SUP

Elaborado por:
Vera Neto

Índice

<u>INTRODUÇÃO.....</u>	<u>5</u>
<u>SALA DE TRIAGEM</u>	<u>5</u>
<u>SALA DE REANIMAÇÃO</u>	<u>7</u>
<u>SO-PED</u>	<u>11</u>
<u>CONCLUSÃO.....</u>	<u>14</u>
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>15</u>

INTRODUÇÃO

No contexto de estágio do Serviço de Urgência Pediatria (SUP) do Hospital de Santa Maria (HSM), realizei um projeto tendo como um dos objetivos específicos:

- Desenvolver competências do EESIP para cuidar da criança e família em contexto de Urgência, com vista à promoção do papel parental

Assim, no decorrer do estágio, tive oportunidade de participar ativamente nos cuidados prestados aos utentes deste serviço, o que me permitiu refletir sobre o papel do EESIP neste contexto. Visto que tive oportunidade de passar por várias valências deste serviço, irei estruturar a minha reflexão com base em algumas experiências que vivenciei na Sala de Triagem, Sala de Reanimação e Serviço de Observação (SO-Ped).

SALA DE TRIAGEM

Nos primeiros turnos do estágio fiquei na triagem do SUP.

*“A **Sala de Triagem** funciona desde Maio de 1999, sendo aqui que se realiza o primeiro contacto entre técnicos de saúde e crianças/famílias após admissão no serviço. A triagem consiste na observação e avaliação rápida da criança/adolescente, determinação do grau de gravidade da situação, e estabelecimento de prioridades. É efetuada por um enfermeiro, tendo como base os critérios de atendimento; após a triagem, seguem-se um conjunto de primeiras decisões terapêuticas, e posteriormente, é realizado o devido encaminhamento.” (1)*

A triagem é um local privilegiado de atuação do enfermeiro especialista. Sendo o primeiro contacto da criança com o SUP, permite que o EESIP avalie a situação da criança e faça o despiste de problemas urgentes e não urgentes, para posteriormente encaminhar a criança conforme adequado. Assim, as funções do enfermeiro, e nomeadamente o EESIP, na triagem são:

- *Acolher a criança/família em situação de urgência/emergência;*
- *Observar rapidamente a criança;*
- *Avaliar as queixas e presença de sinais e sintomas para determinar os cuidados, estabelecendo prioridades de atendimento;*
- *Colher dados para identificar as necessidades em cuidados de enfermagem à criança/família em situação de urgência/emergência, quando possível;*

- *Identificar as situações de acordo com o protocolo de serviço e promover o encaminhamento*
- *Iniciar medidas de tratamento urgentes, tais como terapêutica;*
- *Planear, executar, e avaliar cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis;*
- *Implicar a família no planeamento/execução e avaliação dos cuidados, através de ensino integrando um processo educativo que promova o auto cuidado;*
- *Estabelecer linhas de comunicação para recursos na comunidade, se família com necessidade de intervenção;*
- *Fazer ensino sobre medidas a tomar face à situação e que recursos utilizar, tais como, medidas a ter em casa se surgir situação idêntica, orientação de recursos de saúde, entre outras;*
- *Efetuar registos precisos e concisos (1)*

O EESIP deve assumir também funções de gestão como gestão de recursos humanos, gestão de recursos materiais, gestão dos cuidados de enfermagem e prestar funções de apoio à gestão (1).

Durante estes primeiros dias tive oportunidade de desenvolver competências nestas áreas de atuação, através da observação e participação na prestação de cuidados. Pude por isso aperceber-me da complexidade do trabalho do EESIP na triagem, que é a porta de entrada do serviço. Na triagem é necessário ter competências para fazer uma avaliação sumária mas holística e concisa da criança, num curto espaço de tempo, de forma a despistar qualquer problema que a criança possa apresentar, para além daqueles que são referenciados pelos pais ou pela própria criança ou adolescente.

Ao SUP do HSM recorrem crianças dos 0 aos 18 anos menos um dia, com situações que são consideradas e triadas pelos enfermeiros como:

- a. **Situações de emergência** são: *Paragem cardiorespiratória, Sépsis, Choque, Convulsão, Intoxicação por organofosforados; estas situações têm o seguinte encaminhamento: Sala de reanimação ou SO-Ped.*
- b. **Situações de urgência** são: *Dificuldade respiratória, Intoxicação, Crianças até 6 meses de idade, Mau estado geral, Poli traumatizados/Traumatismos cranianos, Desidratação, Reação alérgica,*

Suspeita de abdómen agudo, Febre (se crianças com idade inferior a 3 meses), Rash cutâneo, Abuso sexual e maus-tratos, Referenciados, Situações de risco, Crianças com doença crônica, Crianças deficientes; estas situações têm o seguinte encaminhamento: Médico ou Enfermagem.

- c. **Situações não urgentes** são: Todos os outros casos; que têm o seguinte encaminhamento: Sala de espera. (1)

O EESIP deve por isso ser capaz de diagnosticar precocemente as situações e intervir nas doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (2) para atuar em conformidade e de forma apropriada. Muitas vezes não é fácil fazer este diagnóstico das situações, dada a dificuldade que muitos pais têm na interpretação dos sinais de alarme da criança, que os faz recorrer ao SU muitas vezes sem necessidade, ou por outro lado, os faz recorrer a este serviço tardiamente, o que pode provocar um agravamento no estado de saúde da criança. Muitas vezes os pais fornecem uma história insuficiente ou pouco específica da situação da criança ou do seu motivo de vinda ao hospital, pelo que uma observação cuidada da criança é fundamental para detetar qualquer alteração.

No início tive alguma dificuldade na classificação das situações urgentes ou não urgentes, dada a especificidade dos casos de algumas crianças, porém, à medida que fui praticando, penso que consegui evoluir e fazer uma triagem apropriada das situações, embora ainda tenha muito para aprender e desenvolver.

No momento de encaminhar a criança para aguardar a chamada do médico, é necessário que o EESIP tenha competências para avaliar as necessidades da criança, sendo essa uma das dificuldades que me foram surgindo. Nem todas as crianças com febre ou dificuldade respiratória, por exemplo, necessitam de aguardar pela chamada do médico na sala de aerossóis (que se situa em frente à sala de triagem), mas sim aquelas com mais gravidade, ou com mais fatores de risco associados. Geralmente as crianças ficam a aguardar a chamada do médico na sala de espera. Porém, essa seleção é feita de acordo com os conhecimentos e discernimento de cada enfermeiro, não existindo assim nenhuma norma que defina essas prioridades.

SALA DE REANIMAÇÃO

Durante os dias em que estive na triagem, tive também oportunidade de presenciar alguns casos emergentes, com entrada na sala de reanimação. Nesta sala “*dão entrada*

crianças em risco de vida, o que obriga à atuação imediata e adequada da equipa de saúde, que tem que atuar com rapidez e destreza. Aqui é realizada a reanimação e estabilização da criança/adolescente, procedendo-se posteriormente ao encaminhamento para a unidade ou para um serviço de internamento de pediatria. As situações mais frequentes são as Convulsões, Paragens Cardiorespiratórias, Sépsis, Desidratação Graves, Choques hipovolémicos, Aspiração de Vômito e Intoxicações.”

(1). Uma das situações que presenciei na sala de reanimação e que me marcou foi uma criança de 4 anos que foi trazida pelo INEM com convulsões. Foi trazida da escola, acompanhada por uma professora. Os pais tinham sido contactados pela escola e chegaram quando a criança estava já a ser assistida.

No momento em que a criança entra na sala de reanimação toca-se a campainha e os vários elementos da equipa de saúde que estão disponíveis acorrem à sala para assistir a criança. Os médicos baseiam-se no protocolo existente, e exposto num poster na sala, de atuação na convulsão enquanto os enfermeiros monitorizam a criança, mantêm a via aérea permeável e asseguram a oxigenação, puncionam uma via periférica para administração de terapêutica e fluidos, e fazem as colheitas necessárias (tanto de sangue como de urina). Todos os profissionais de saúde, desde as assistentes operacionais ao médico, sabem qual é o seu papel e trabalham em equipa para prestar os melhores cuidados à criança. O papel do enfermeiro, e nomeadamente o EESIP, é fulcral e central na equipa. É o enfermeiro que de acordo com as indicações médicas administra a terapêutica, ao mesmo tempo que atua de forma independente no suporte básico de vida. É o enfermeiro que orienta também a atuação dos assistentes operacionais de acordo com as necessidades apresentadas. Tudo tem de ser feito com rapidez, mas ao mesmo tempo com calma e ponderação, o que por vezes não é fácil numa situação de stress em que a vida da criança e o seu bem-estar se encontram em risco. Pelo que assisti, os profissionais de saúde do SUP do HSM são profissionais experientes e com um conhecimento enorme das situações e de como atuar neste contexto.

Durante esta situação tive oportunidade de participar nos cuidados à criança, nomeadamente através da ajuda em procedimentos mais simples como ajudar a despir a criança para se encontrar um acesso periférico e também para podermos fazer uma observação global do seu estado físico, mas também em procedimentos como a colheita de urina através de esvaziamento vesical, que realizei. Foi uma boa experiência porque são situações novas para mim enquanto profissional e enquanto EESIP. Foi a primeira vez que tive contacto com uma sala de reanimação e por isso foi uma mais-valia para eu

aprender a atuar nestas situações. Foi uma experiência enriquecedora também visto que tive oportunidade de acompanhar o circuito que estas crianças fazem dentro do SUP e do hospital, tendo acompanhado a criança na realização de TAC CE e posteriormente encaminhar a criança para o internamento no SO. Neste circuito a criança é sempre acompanhada por um assistente operacional, um enfermeiro, um médico e por, pelo menos, um dos pais (neste caso em que assisti foram os dois pais).

A presença dos pais na sala de reanimação durante procedimentos invasivos e reanimação cardiorespiratória (RCR), foi uma das questões que me suscitou interesse, visto ter-me apercebido durante as situações que presenciei, que apesar de ser um direito dos pais que é cumprido pela equipa multidisciplinar, nem sempre é unânime a opinião dos vários elementos quanto a ser um fator positivo de ajuda ou um fator de aumento de stress e prejudicial aos cuidados prestados à criança. Esta é uma questão que tem gerado alguma controvérsia entre os profissionais de saúde ao longo dos tempos (5,6,7,8). Ter os pais (ou seus substitutos) junto de si, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado de saúde, é um direito da criança hospitalizada (4). Os pais têm, por isso, o direito a estar presente durante todos os procedimentos que são realizados à criança, mas por vezes é questionável se a sua presença é vantajosa ou pode tornar-se prejudicial à atuação dos profissionais. Ao longo dos anos, vários estudos foram realizados acerca das vantagens e desvantagens da presença dos pais durante procedimentos invasivos e a Reanimação Cardiorespiratória (RCR) da criança (5,6,7,8).

Alguns estudos realizados revelam que a maioria dos pais gostaria de estar presente durante procedimentos invasivos e RCR realizados na criança, sendo que consideram a sua presença uma mais-valia para a criança, nomeadamente na promoção de conforto, para si próprios e para os profissionais de saúde (5, 7).

Com base na filosofia do cuidado centrado na família, a presença da família deve ser apoiada pelos profissionais de saúde, visto que esse modelo de cuidados assenta na colaboração entre os profissionais e a família, bem como o suporte dos segundos pelos primeiros (8). Porém, e apesar de existirem vários estudos que apoiam a presença dos pais durante a RCR e os procedimentos invasivos, essa ainda é uma questão controversa entre os profissionais de saúde (5, 6, 7, 8, 9). São várias as preocupações dos profissionais de saúde acerca da presença dos pais nestas situações, entre elas:

- O facto de os profissionais não conhecerem os pais e não saberem qual será a sua conduta (6);

- O receio dos profissionais de não conseguirem ser imparciais nas decisões tomadas quando os pais estão presentes, nomeadamente no prolongamento da RCR inadequado (7, 9);
- O aumento do stress nos profissionais de saúde (9);
- A crença de que os pais não vão saber lidar com aquilo que viram dentro da sala e os efeitos negativos que isso pode ter nos próprios (8, 9);
- A possibilidade dos pais poderem interferir na atuação dos profissionais de saúde e assim prejudicar a criança (8);
- A possibilidade dos pais interpretarem de forma inadequada os atos dos profissionais de saúde e entrarem em conflito com os mesmos criando processos litigiosos com o hospital (8, 9);
- Medo de intimidação ou represálias por parte dos pais (9).

Apesar destes receios apresentados pelos profissionais de saúde, está comprovado em vários estudos que a ansiedade da criança diminui com a presença dos pais durante procedimentos invasivos (6), e que nas situações de PCR, o facto de os pais estarem presentes ajuda-os a compreender que foi feito tudo o que era possível pela criança (7,9), contribuindo para os processos de luto quando a RCR não foi conseguida (5). Para além disso, alguns desses estudos revelam que os medos dos pais são sobrepostos pela necessidade de estar com o seu filho e que a memória do momento da reanimação torna-se pouco claro e tem pouca duração (5).

Assim, é recomendado que os pais sejam informados de toda a situação da criança e que lhe seja dada oportunidade para escolher se querem ou não estar presentes durante procedimentos invasivos e RCR (5,7). Sendo que quando a sua decisão é ficar junto da criança, esta deve ser bem recebida pelos profissionais e os pais devem ser devidamente recebidos e acompanhados (7). É aconselhado também em diversos estudos, que seja destacado um profissional treinado para prestar apoio aos pais (5, 9), através da resposta às suas questões, à descrição e clarificação dos procedimentos realizados, e à prestação de apoio emocional (9).

Assim, e apesar de alguns dos estudos que tive oportunidade de rever, mencionarem que a equipa de enfermagem geralmente tem melhor aceitação da presença dos pais nas situações de procedimentos invasivos e RCR do que os outros profissionais (5,9), penso

que ainda há um longo caminho pela frente no sentido da mudança de mentalidade nas equipas multidisciplinares de saúde. Nas situações que pude presenciar no SUP do HSM, foi sempre dada oportunidade aos pais de estarem presentes na sala de reanimação junto dos seus filhos. Porém, numa das situações que presenciei a presença da mãe da criança não estava a ser benéfica para a criança que se encontrava inconsciente, nem para a atuação dos profissionais de saúde visto a mãe ter interferido algumas vezes para estar junto da criança. Nessa situação, houve necessidade de pedir à mãe que se ausentasse um pouco da sala e esta foi acompanhada por uma das médicas da equipa ao exterior da sala ficando devidamente acompanhada. Através da minha observação, pude concluir que no SUP do HSM são prestados cuidados em parceria e que é feito um esforço por parte de todos os profissionais para que a criança esteja sempre acompanhada dos pais e para que haja uma parceria entre estes e os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para uma melhor prestação de cuidados à criança, qualquer que seja o seu estado de saúde.

SO-PED

Durante o estágio tive também oportunidade de passar alguns turnos no **Serviço de Observação de Pediatria** (SO-Ped). Este serviço tem capacidade para seis utentes, e recebe crianças/adolescentes, transferidos da Sala de Reanimação, da Sala de tratamentos, ou diretamente de outros serviços ou instituições, que necessitam de estabilização do quadro clínico ou esclarecimento de diagnóstico e ficam internados em média entre 24 a 48 horas, sendo posteriormente transferidos para um serviço de internamento, para a UCIPed no caso do quadro clínico agravar, ou para o domicílio se alta clínica (1). *“As situações clínicas mais frequentes são os poli traumatismos, os traumatismos craneoencefálicos, pós operatórios de pequenas cirurgias, intoxicações, bronquiolites, dificuldades respiratórias, gastroenterites, vômitos incoercíveis, desidratações moderadas a graves, convulsões, e vigilância pós exames complementares de diagnóstico. O método de trabalho é o de Enfermeiro Responsável, sendo este encarregue da globalidade dos cuidados prestados à criança/família”* (1).

Apesar de ser um serviço de internamento, o SO-Ped tem características muito específicas visto serem internamentos de curto prazo, com crianças com diversas patologias ou problemas, de várias faixas etárias, que necessitam de cuidados muito distintos e de uma maior vigilância. Neste serviço os enfermeiros, e nomeadamente o EESIP, têm um papel fulcral nos cuidados prestados à criança, demonstrando conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades e competências para identificar

evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, implementando respostas de enfermagem apropriadas (2). Tendo em conta que recebem doentes de todas as faixas etárias, de vários estratos sociais (grande recorrência grande de crianças de etnia cigana, por exemplo) é necessário que o enfermeiro tenha competências para comunicar com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (2). Durante o internamento no SO-Ped as crianças são monitorizadas de acordo com as necessidades, algumas com monitorização cardiorespiratória permanente, outras apenas com monitorização de saturação periférica de oxigénio e pulso, ou mesmo apenas avaliação de sinais vitais periodicamente ou quando necessário naquelas que se encontram mais estáveis. São prestados cuidados desde os cuidados de higiene e conforto, a colheitas de produtos biológicos (sangue, urina, líquido cefalo-raquidiano), a pensos ou acompanhamento das crianças/jovens a exames complementares de diagnóstico e administração de terapêutica. Os enfermeiros trabalham em colaboração com a equipa médica, sendo que uma comunicação eficaz entre os profissionais é de uma importância extrema num contexto em que o estado das crianças pode agravar a qualquer momento. O EESIP deve assim ser capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades para rapidamente identificar os focos de instabilidade e responder de forma antecipatória (2), comunicando essas alterações à equipa médica e em simultâneo atuar conforme adequado.

Num dos turnos que realizei, o SO-Ped tinha as vagas todas ocupadas, e foram feitas 3 transferências e 1 admissão apenas no turno da manhã. Este tipo de rotatividade e o facto de ser um serviço que não se pauta por rotinas, obriga a que os enfermeiros tenham competências para acompanhar e encaminhar devidamente as crianças, e organizar-se em equipa de forma que os cuidados sejam assegurados devidamente às crianças que se encontram internadas enquanto é feita a admissão e transferência de outras crianças.

Também aqui as crianças podem permanecer acompanhadas dos pais durante o dia, e por um deles durante a noite, havendo uma parceria de cuidados entre os enfermeiros e os pais da criança, que nem sempre é fácil, visto que a presença dos pais afeta várias relações interpessoais e papéis profissionais, especialmente o dos enfermeiros (11). Segundo Biehl et al, citado por Mano (2002), uma vez que a criança se encontra doente e hospitalizada, tanto esta como os pais/família, vivenciam um stress e crise evidentes, geradoras de angústia e inseguranças. Torna-se por isso fundamental que quando o internamento é necessário, a díade criança/família encontre um ambiente terapêutico

que mantenha o mais possível os papéis familiares e promova o melhor interesse da criança (12). No SUP do HSM, o modelo de parceria de cuidados faz parte da cultura organizacional do serviço e da instituição, o que constitui um dos fatores que influenciam positivamente a prestação de cuidados em parceria (12). Os profissionais, e nomeadamente os enfermeiros, têm nos pais uma presença assumida e constante, e reconhecem nos pais os cuidadores especializados da criança, respeitando-os como tal (11). Quando a criança é internada no SO-Ped, preconiza-se que fique sempre acompanhada de um dos pais, ou por ambos durante o dia, e que sejam estes a prestar os cuidados à criança sempre que possível. São exemplos desses cuidados: o banho, a muda de fralda, a alimentação e o consolo e promoção de conforto. Embora o curto tempo de internamento não lhes permita desenvolver um planeamento e uma sistematização do trabalho em conjunto com os pais, é sempre desenvolvido um processo em que os enfermeiros fornecem suporte contínuo e ensinam aos pais para permitir que estes tomem decisões informadas acerca dos cuidados a prestar à criança (11). Desta forma, os enfermeiros evitam que os pais sintam dificuldades em saber o que é esperado deles e se sintam inibidos de autonomia para ajudar a criança, confundindo papéis e supostamente aumentando a sua ansiedade e insegurança inerente à situação hospitalização do seu filho (12).

Muitas vezes a prestação de cuidados em parceria não é conseguida, devido a vários fatores. Um deles é o pressuposto de que a relação de parceria deve pressupor que a criança e família possuem ou estejam dispostos a adquirir conhecimentos e perícia no cuidar e que desenvolvam competência e confiança nas suas habilidades (12). Este é um pressuposto que muitas vezes não se verifica. Tal como num caso que eu presenciei durante o estágio em que no turno da noite estava um lactente de 3 meses internado por dificuldade respiratória e quem ficou a acompanhar o mesmo durante a noite foi o pai. Era uma família de etnia cigana, em que o pai decidiu ficar durante a noite, em detrimento da mãe, por afirmar conseguir acalmar a criança melhor do que a mãe. Porém, desde o início do turno que o bebé se encontrava bastante agitado, com tosse produtiva com necessidade de aspiração naso e oro-traqueal de secreções, e com alteração do padrão de sono. Estando a dormir, o lactente tinha acessos de tosse moderados ficando com choro vigoroso de seguida. Para tentar acalmá-lo, o pai, cada vez que isso acontecia, levantava o bebé do leito e abanava-o vigorosamente no colo. Tanto os enfermeiros como os médicos tinham já feito o ensino ao pai, e por variadas vezes o chamaram à atenção, de que não era adequado abanar a criança daquela forma,

tentando instruí-lo sobre outras formas de confortá-la. Porém, o pai não estava recetivo aos ensinamentos considerando o seu modo de atuação o correto. O lactente esteve toda a noite agitado, não dormiu e agravou ligeiramente a dificuldade respiratória por cansaço. A equipa de enfermagem tentou por várias vezes prestar cuidados em parceria com este pai, dando-lhe o poder, partilhando conhecimentos e informações (12) e tentando que fosse este a prestar os cuidados de higiene parcial ao filho, mas sem sucesso. Este recusou alegando que não sabia, nem nunca tinha mudado uma fralda ao filho. Ou seja, este pai não estava a ser uma presença benéfica para a criança porque não estava a conseguir confortá-la e acalmá-la, nem lhe prestava os cuidados necessários. Assim, e porque o pai interferia nos cuidados prestados ao filho pelos enfermeiros, houve necessidade de pedir a sua colaboração no sentido de este se ausentar por alguns períodos para que os enfermeiros pudessem prestar os cuidados necessários à criança e tentar acalmá-la para que dormisse mesmo que apenas por períodos.

Este caso fez-me refletir bastante na dificuldade que por vezes existe em prestar cuidados com vista a um modelo assente no pressuposto de que a família é o alvo dos cuidados, defendendo que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidado dos filhos e o seu contributo na prestação de cuidados (Casey, citada por Mano 2002).

CONCLUSÃO

Neste estágio tive oportunidade de desenvolver algumas competências do EESIP em contexto de Urgência, através da minha reflexão acerca do que tive oportunidade de observar e nos momentos em que tive oportunidade de participar na prestação de cuidados. Sendo um estágio limitado de 90 horas, penso que foi muito rico em experiências de aprendizagem, e deu-me um ponto de partida para continuar a desenvolver competências na minha vida profissional futura. Acima de tudo permitiu-me compreender o papel do EESIP num serviço de urgência, nomeadamente na triagem, sala de reanimação e SO, e as dinâmicas de um serviço deste tipo, que diferem totalmente das dinâmicas de cuidados de saúde primários ou de serviços de internamento. Permitiu-me ainda refletir na forma como o EESIP pode fazer a diferença, prestando cuidados centrados na família e trabalhando em parceria com os pais, mesmo que o contacto com a criança e família seja delimitado a um curto espaço de tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) **Manual de Integração de Elementos Recém-admitidos no SUP – 2010**
- (2) **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.** Lisboa: OE (2010).
- (3) Lemes, Aida [et.al.]. **Un fenotipo clínicamente reconocible: síndrome alfa-talasemia con retraso mental ligado al cromosoma X (ATR-X): Análisis clínico y molecular en dos hermanos.** Archivos de Pediatría del Uruguay 2009; 80(2): 123-128
- (4) Instituto de Apoio à Criança; Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança. **Carta da Criança Hospitalizada.** Maio 2008, 4ª edição. <http://www.iacrianca.pt/pt/carta-da-crianca-hospitalizada>
- (5) Pye, Sherry; Kane, Janie; Jones, Amber. **Parental presence during pediatric Resuscitation: The use of simulation training for cardiac intensive care nurses.** Wiley Periodicals, Inc. JSPN Vol. 15, N. ° 2. Abril 2010. pp. 172-175
- (6) Bauchner, Howard; Waring, Chris; Vinci, Robert. **Parental presence during procedures in an Emergency Room: Results from 50 observations.** Pediatrics, Vol.87, n. ° 4. Abril, 1991. pp. 544-548
- (7) Jonathon, Isoardi; Neil, Slabbert; Greg, Trestou. **Witnessing invasive paediatric procedures, including resuscitation, in the emergency department: A parental perspective.** Emergency Medicine Australasia, 2005. 17. pp. 244-248
- (8) Linder, Christine M; Suddaby, Elizabeth C; Mowery, Bernice D. **Parental presence during resuscitation: Help or Hindrance?.** Pediatric Nursing. Março-Abril, 2004. Vol. 30, N.º 2. pp. 126-127
- (9) Henderson, Deborah Parkman. **Report of the National Consensus Conference of Family presence during pediatric Cardiopulmonary Resuscitation and procedures.** Pediatric Emergency Care. Vol. 21, N.º 11. Novembro 2005. pp. 782-791

- (10) Williams A, O'Rourke P, Keogh S. **Making Choices: why parents present to the emergency department for non-urgent care.** Archives of Disease in Childhood. 94, 817-820. 2009
- (11) Casey, Anne. **Partnership nursing: influences on involvement of informal carers.** Journal of Advanced Nursing. Blackwell Science Ltd, 1995. 22. pp. 1058-1062
- (12) Mano, Maria João – **Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais.** Revista Referência, n.º 8. maio 2002. pp. 53-61

ANEXO X - PROCEDIMENTO “PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL”



<p>PROCEDIMENTO Serviço de Cirurgia Pediátrica</p>	<p>Promoção do Papel Parental</p>	<p>CÓDIGO NO 000.00.11 Data: __/__/__ Pág.</p>
--	--	--

Nº da revisão	Descrição da alteração	Data de entrada em vigor	Emissor
00	DOCUMENTO INICIAL		

Elaborado por: AEESIP Vera R. Ortigão EESIP Paulo Malaquias	Verificado por:	Aprovado por:
Serviço/Órgão: Serviço de Cirurgia Pediátrica	Serviço/Órgão: Enf. ^a Chefe do Serviço de Cirurgia Pediátrica	Serviço/Órgão: Enf. ^o Supervisor do Serviço de Cirurgia Pediátrica
Nome:	Nome: Celeste Gomes	Nome: Fernando Sá
Assinatura	Assinatura	Assinatura
Data:	Data:	Data:

1. OBJETIVO

Uniformizar as intervenções de enfermagem promotoras do papel parental, de forma a prestar cuidados em parceria com os pais das crianças internadas no serviço.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir um documento que sirva de suporte e consulta;
- Contextualizar a importância da promoção do papel parental;
- Uniformizar procedimentos promotores do papel parental.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todos os Enfermeiros que desempenham funções no Serviço de Cirurgia Pediátrica.

3. DESCRIÇÃO

Ao contextualizar brevemente a importância dos Cuidados em Parceria e promotores da parentalidade durante a hospitalização da criança, e descrever procedimentos que favoreçam a aplicação desses princípios na prática de enfermagem de uma forma estruturada, pretende-se a uniformização de procedimentos para atingir os cuidados de excelência.

4. RESPONSABILIDADES

- Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Centro Hospitalar de Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria.

5. Fundamentação

A crise da doença e da hospitalização infantil é um evento gerador de stress que pode potenciar efeitos psicológicos adversos a longo prazo na criança. Para os pais é uma experiência stressante (SANJARI [et.al.], 2009) e a perceção que, muitas vezes, têm da sua própria ansiedade é como sendo maior do que a da criança, o que faz com que este seja um evento que afeta todos os membros da família. Reduzir a ansiedade parental é uma intervenção importante dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, visto que reduz a ansiedade na criança e conseqüentemente os potenciais efeitos adversos de longo prazo, ao mesmo tempo que promove os comportamentos de coping na família (OGILVIE, 1990).

As reações dos pais à doença do filho dependem de vários fatores de stress e embora não seja possível prever quais os fatores que têm maior influência sobre a sua resposta, podem ser identificados alguns como: a gravidade da ameaça para a criança, existência de experiência prévia de hospitalização, a admissão na enfermaria, os procedimentos como colheitas de sangue, a terapêutica pré-operatória, a transferência da criança/jovem para o bloco operatório e a entrada para o recobro; sendo também influenciada pelos sistemas de apoio disponíveis, crenças culturais e religiosas, padrões de comunicação entre os membros da família, entre outros (HOCKENBERRY e WILSON, 2011; OGILVIE, 1990). Quando a criança é internada, os pais frequentemente descrevem uma sensação de desamparo, questionam a sua capacidade pessoal de aceitar a realidade de internamento, a necessidade de receber informações explicativas em linguagem simples, lidar com o medo, enfrentar a incerteza e procurar estabelecer a confiança nos cuidadores (HOCKENBERRY e WILSON, 2011; OGILVIE, 1990).

Para os pais, prestar cuidados físicos e emocionais à criança/jovem é tranquilizante e reconfortante, porém a maioria sente-se incompetente para o fazer, tendo receio de o fazer de forma incorreta devido à falta de conhecimentos e destreza. Muitos sentem-se confusos sobre aquilo que lhes é, ou não, permitido fazer (OGILVIE, 1990). Isso demonstra a necessidade de informar os pais/acompanhantes, prestando-lhes simultaneamente apoio emocional (CHAPADOS [et.al.], 2002). O facto de desconhecerem as regras hospitalares, o ambiente e os procedimentos é um fator importante na comunicação entre os pais/acompanhantes e a equipa de saúde, visto que acrescenta sentimentos de confusão e ansiedade, sendo outro fator de stress que o enfermeiro pode reduzir ao dar explicações claras sobre o que esperar, e o que é esperado deles (HOCKENBERRY e WILSON, 2011; CHAPADOS [et.al.], 2002).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o Papel parental é o *“Papel de Membro da família: Interagir de acordo com as responsabilidades de ser*

pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente” (CIPE® Versão 2, 2011). A hospitalização da criança, com tudo o que envolve, implica mudanças no papel parental que tem de ser negociado com a equipa de saúde. Os pais precisam de se sentir parte integrante dos cuidados à criança, pelo que discrepâncias entre o papel parental percebido pelos pais e os profissionais de saúde podem ser uma fonte de conflito (OGILVIE, 1990; SANJARI [et.al.], 2009).

A abordagem do cuidado centrado na família, usada pela maioria dos profissionais de saúde em pediatria, reconhece a importância do papel da família na vida da criança com problemas de saúde. Esta filosofia é baseada no suporte às famílias tendo em conta as suas forças e competências como cuidadores, considerando os pais/acompanhantes, como parceiros em igualdade, com a expectativa de que estes se envolvam nos cuidados à criança/jovem durante o internamento (CHAPADOS [et.al], 2002). As parcerias são o cerne dos cuidados centrados na família. Assegurar que as políticas e práticas de um serviço e instituição acolhem as famílias e reconhecem o seu papel fulcral, é um ponto-chave para encorajar os cuidados em parceria (AHMANN e DOKKEN, 2012; OGILVIE, 1990).

Para SMITH e CASEY, citados por MANO (2002), os dois conceitos que facilitam uma filosofia de cuidados em parceria são: o conceito de cuidados centrados na criança e na família, dando-lhes poder através da partilha de informação e conhecimentos para os capacitar na tomada de decisão e no processo de cuidados, de uma forma semelhante; e o conceito de cuidados negociados, considerados como a relação terapêutica construída na confiança e respeito mútuos. Este processo conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente e a um nível de participação na prestação desses cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um. CHRISTENSEN (2012), citada por AHMANN e DOKKEN (2012), recomenda também um modelo que envolva os membros da família de acordo com os seus níveis de competência, desde a participação dos cuidados passo a passo, até à participação especializada nos mesmos.

A mesma autora refere a importância de permitir que os membros da família possam tomar decisões e, mais importante que isso, dar-lhes as ferramentas para o possibilitar. As crianças, os pais/acompanhantes e os profissionais de saúde envolvidos no seu cuidado, enfrentam diariamente múltiplas situações em que é necessário tomar decisões. Geralmente os pais estão numa posição vulnerável por não lhes ser familiar o ambiente hospitalar, sentindo-se ansiosos e inseguros quanto à situação da criança. Muitas vezes sentem que o conhecimento que têm sobre a criança é menos valorizado que o conhecimentos dos profissionais e é-lhes difícil tomar uma decisão quando não têm o conhecimento das alternativas possíveis. Porém, os pais têm múltiplas competências que lhes permitem ser envolvidos na tomada de decisão. Quando lhes é fornecida a informação necessária acerca do estado da criança, prognóstico e plano de tratamento, passam a ter conhecimento real do estado da situação e das alternativas

disponíveis, o que lhes dá um sentimento de controlo e lhes permite participar na tomada de decisão. O enfermeiro desempenha um papel significativo no suporte a estes pais. (HALLSRÖM [et.al.], 2002; SANJARI [et.al.], 2009).

Manter o contacto pais-filho é muito importante e benéfico para a família, pelo que encorajar os pais a permanecerem com o seu filho e a participarem nos cuidados prestados sempre que possível, implica uma abordagem positiva da parte da equipa em relação aos pais. Atitudes negativas perante a participação dos pais podem criar barreiras às relações colaborativas de trabalho. Pelo contrário, quando os pais são incluídos no planeamento dos cuidados entendem que são fatores contribuintes para a recuperação da criança e tendem a permanecer junto dos seus filhos e ter maiores reservas emocionais para se confrontarem a apoiar as crianças diante da crise pela qual estão a passar. Os enfermeiros devem complementar e aumentar a função de cuidadores dos pais, mas tem em conta que estes muitas vezes podem sentir-se ansiosos com a responsabilidade de cuidadores. Nem todos os pais se sentem igualmente confortáveis em assumir a responsabilidade pelos cuidados do seu filho, pelo que a avaliação individual do envolvimento preferido de cada pai ou mãe é necessária para prevenir os efeitos da separação ao mesmo tempo que o enfermeiro apoia os pais nas suas necessidades. A assistência e alívio por parte da equipa de enfermagem devem estar sempre disponíveis para esses familiares, trabalhando cuidadosamente para estabelecer uma forte ligação de confiança com os mesmos (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

De acordo com alguns autores citados por SANJARI [et.al.] (2009), o enfermeiro pode fornecer diversos tipos de apoio, como o apoio informativo, emocional, de apreciação e instrumental.

O apoio informativo é uma das intervenções de enfermagem mais importantes e consiste em fornecer suporte comunicacional através da transmissão de informações acerca da doença da criança, o seu tratamento, a evolução do mesmo e os cuidados necessários. Bem como sobre o comportamento da criança, as suas reações físicas e emocionais diante da doença e hospitalização ou as prováveis reações emocionais dos membros da família à crise. Muitas vezes os pais não estão preparados para as reações comportamentais da criança como comportamentos de separação, regressão, agressão e hostilidade, pelo que fornecer informação sobre estas respostas comportamentais que são normais e esperadas, e que podem manter-se algum tempo, pode reduzir a ansiedade dos pais durante o internamento (HOCKENBERRY e WILSON, 2011; OGILVIE, 1990; SANJARI [et.al.], 2009).

O apoio emocional consiste em ouvir os pais, demonstrar empatia e preocupação para com eles de forma a ajudá-los a lidar com a doença da criança e outros aspetos da sua vida que são afetados pela mesma (SANJARI [et.al.], 2009). Este apoio envolve a vontade de ficar e escutar as mensagens verbais e não verbais dos pais. Os pais necessitam de ajuda para aceitar os seus sentimentos relativos à doença dos filhos e quando lhes é dada oportunidade estes, geralmente, demonstram os seus sentimentos de perda de controlo, raiva e culpa. Ser pouco tolerante a estes sentimentos só aumenta o impacto psicológico da doença da criança sobre os membros da família, pelo que o enfermeiro deve ajudar os pais a identificar uma razão específica para esses sentimentos e enfatizar que essas são respostas normais,

esperadas e saudáveis ao stress, reduzindo assim a sobrecarga emocional dos pais. Este tipo de apoio também pode ser fornecido através da religião quando os pais têm crenças religiosas profundas, agilizando a visita de um padre (ou outro tipo de conselheiro espiritual de acordo com a religião praticada), ou apoiando e respeitando as crenças religiosas dos pais, a sua importância e significado. Envolve a aceitação dos valores culturais, socioeconómicos e étnicos, já que os enfermeiros que melhor compreendem as influências culturais têm maior possibilidade de intervir de forma terapêutica (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

O apoio de apreciação, é conseguido através da promoção, reforço e suporte do papel parental (SANJARI [et.al.], 2009). Para isso o enfermeiro pode utilizar linguagem baseada no “nós”, que demonstra respeito pelos pais e a expectativa do papel da família nos cuidados. Convidar os pais/acompanhantes a participar ativamente nos cuidados pedindo a sua colaboração ou delegando-lhes um papel específico, coloca-os automaticamente na parceria. A disponibilidade e a capacidade do enfermeiro se relacionar com os pais de forma personalizada, e realizar ações simples como ir verificar frequentemente se está tudo bem com a criança ou se os pais têm alguma necessidade ou questão a colocar, são muito valorizados pelos pais. Providenciar uma linguagem simples para a criança/jovem e família serem capazes de indicar confusão ou preocupação à equipa de saúde, dá-lhes confiança para se expressarem (AHMANN e DOKKEN, 2012; OGILVIE, 1990).

Um dos problemas potenciais do envolvimento contínuo dos pais nos cuidados à criança é negligenciar a necessidade do familiar de dormir, comer e relaxar. Assim, encorajar os pais a saírem por breves períodos e planejar um esquema de visitas alternadas com outros membros da família podem minimizar o stress para os pais (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

Por fim o apoio instrumental, que inclui todo o tipo de ajuda, seja a nível financeiro, de tempo, de trabalho ou a lidar com as mudanças de ambiente (SANJARI [et.al.], 2009). Esse apoio pode ser prestado em intervenções como oferecer-se para ficar a tomar conta da criança para os pais se ausentarem por um período de tempo, por exemplo (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

A maioria das hospitalizações da criança/jovem, nomeadamente para cirurgia, necessita de algum tipo de preparação para alta, que frequentemente envolve a orientação à família para a continuação dos cuidados em casa. Esta preparação da família exige um alto grau de competência em planejar e implementar as instruções para a alta. Os enfermeiros colaboram com os restantes membros da equipa de saúde no planeamento e implementação das intervenções para garantir cuidados apropriados após a alta. Isso deve ser feito desde o momento do internamento através de uma avaliação familiar e do ambiente domiciliar, garantindo que os recursos emocionais e físicos da família sejam suficientes para a realização de tarefas dos cuidados em casa. Devem ser considerados os cuidados que a criança/jovem vai precisar em casa, planeando um ensino adequado. Para isso, o enfermeiro deve avaliar a complexidade real e percebida do cuidado, a habilidade dos pais ou criança/jovem para aprender o cuidado, e a experiência da criança/jovem ou pais com esses procedimentos (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Utilizar uma metodologia de validação dos ensinamentos

realizados envolve ativamente a criança e a família, assegurando que têm a informação e que compreenderam a mesma. Porém, para o fazer o enfermeiro deve ter a sensibilidade de assumir a responsabilidade de poder ter transmitido a informação de forma pouco clara, não sugerindo que os pais ou outro membro da família não foram capazes de aprender aquilo que lhes foi ensinado (AHMANN e DOKKEN, 2012). O enfermeiro deve fornecer instruções escritas sobre os cuidados domiciliários, bem como um número de telefone para auxílio, antes da alta da criança. A comunicação entre a enfermeira que faz o plano de alta e os cuidados domiciliários é fundamental para garantir uma transição tranquila para a criança/jovem e a família (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

6. Procedimentos

- Executar o acolhimento da criança/jovem e acompanhantes ao serviço;
 - Apresentar a estrutura do serviço;
 - Apresentar os profissionais presentes nesse turno;
 - Fornecer o folheto informativo acerca do Departamento de Pediatria do HSM;
 - Informar sobre equipamento de ajudas técnicas:
 - Informar os pais/accompanhantes a função e necessidade de equipamentos como bombas infusoras ou monitores cardíacos ou de saturação periférica, ou outros;
 - Explicar aos pais/accompanhantes o funcionamento do material existente na unidade da criança/jovem, que seja do manejo dos mesmos;
- Informar os pais/accompanhantes da criança/jovem sobre a filosofia e regras do serviço;
 - Referenciar as regras sumariamente;
 - Mostrar aos pais que as regras estão afixadas à entrada de cada quarto para consulta livre;
- Registrar em notas de Enfermagem as intervenções relativas à promoção do papel parental:
 - Quem acompanha a criança/jovem;
 - Quais são os cuidados que os pais/accompanhantes prestam à criança/jovem;
 - Quais os ensinamentos realizados aos pais/accompanhantes da criança/jovem;
 - Quais os ensinamentos que é necessário realizar aos pais/accompanhantes da criança/jovem;
- Apoiar os pais/accompanhantes da criança/jovem;
 - Identificar as necessidades da família;
 - Estabelecer uma relação de parceria com os pais/accompanhantes da criança/jovem;
 - Apoiar a tomada de decisão da família;
 - Informar a família;

- Envolver os pais/acompanhantes na tomada de decisão sobre a criança/jovem;
 - Demonstrar apoio relativamente às decisões que são tomadas pelos pais/acompanhantes da criança/jovem, assegurando que estão devidamente informados;
- Assistir os pais/acompanhantes na supervisão da criança/jovem;
 - Sempre que necessário disponibilizar-se para ficar com a criança para que os pais/acompanhantes possam ausentar-se por um período definido;
- Facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental:
 - Realizar ensinamentos, aos pais/cuidadores, adaptados às necessidades de cuidados de cada criança/jovem;
 - Instruir e Treinar com os pais/acompanhantes da criança/jovem os procedimentos que possam ser realizados pelos mesmos;
- Utilizar estratégias de incentivo do papel parental durante a hospitalização;
 - Identificar quem são os profissionais responsáveis pela criança/jovem durante o internamento e em cada turno, potenciando a comunicação;
 - Facilitar a comunicação expressiva de emoções;
 - Incentivar os pais/acompanhantes a transmitir os seus sentimentos;
 - Criar uma relação de confiança com os pais/acompanhantes;
 - Realizar escuta ativa;
 - Identificar crenças erróneas;
 - Identificar as crenças dos pais/acompanhantes, tendo em conta os seus valores culturais;
 - Esclarecer as dúvidas dos pais/acompanhantes, ou encaminhar para os profissionais de saúde indicados;
 - Promover o envolvimento dos pais/acompanhantes no cuidado à criança/jovem:
 - Envolver os pais/acompanhantes no planeamento de cuidados à criança para cada turno;
 - Incentivar os pais/acompanhantes para a prestação de cuidados à criança/jovem;
 - Prestar cuidados em parceria com os pais/acompanhantes, valorizando a sua importância e experiência
 - Elogiar o envolvimento dos pais nos cuidados:
 - Fornecer reforço positivo;
 - Valorizar os cuidados prestados pelos pais e os efeitos positivos na criança/jovem;
 - Proporcionar condições para que os pais/acompanhantes possam ficar junto da criança/jovem;

- Incentivar os pais a acompanharem a criança/jovem até à entrada do Bloco Operatório, quando esta vai ser submetida a cirurgia;
 - Incentivar os pais a permanecerem junto da criança/jovem no recobro após a cirurgia;
- Preparar os pais/acompanhantes para a alta da criança/jovem
 - Fazer uma avaliação familiar da criança/jovem e dos seus recursos, no momento da admissão;
 - Ensinar, instruir e treinar com os pais/acompanhantes os cuidados que a criança/jovem vai necessitar no domicílio;
 - Fornecer, sempre que possível e necessário, informação escrita acerca dos cuidados necessários;
 - Disponibilizar o número de telefone do serviço para que os pais/acompanhantes possam telefonar a colocar dúvidas;
 - Registar no boletim individual de saúde da criança o resumo do internamento e os cuidados necessários à criança, de acordo com o procedimento existente no serviço

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HOCKENBERRY, Marylin J.; WILSON, David – **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. ISBN: 978-85-352-3447-3
- AHMANN, Elizabeth; DOKKEN, Deborah – Strategies for Encouraging Patient/Family member partnerships with the health care team. *Pediatric Nursing*, 2012. Vol. 38, n.º4. p. 232-235
- CHAPADOS, C. [et.al.] – **Perceptions of parents participation in the care of their child undergoing day surgery: pilot-study**. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. Vol. 25, No. 1 (2002). p. 59-70. ISSN 0146-0862/02
- **CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2
- OGILVIE, Linda – **Hospitalization of Children for Surgery: The Parents' View**. *CHC*, Winter 1990, Vol. 19, n.º 1. p. 49-56
- MANO, Maria João – **Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais**. *Revista Referência*, n.º 8 (2002) . p. 53-61
- HALLSRÖM, Inger; RUNESON, Ingrid; ELANDER, Gunnel – **An Observational Study of the Level at Which Parents Participate in Decisions During Their Child's Hospitalization**. *Nursing Ethics*, 2002. 9 (2) doi. <10.1191/0969733002ne499oa>

- SANJARI, Mahnaz; HIRAZI, Fatemah; HEIDARI, Shiva; SALEMI, Sedigheh; RAHMANI, Marjan; SHOGHI, Mahnaz – **Nursing support for parents of hospitalized children.** Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 2009. n.º 32. ISSN 0146-0862. <DOI: 10.1080/01460860903030193>. p. 120-130

ANEXO XI - ESTUDO DE CASO R.

**CURSO DE Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica**

**Estudo de Caso R.
Cirurgia Pediátrica HSM**

Vera Neto n.º 192011078

Lisboa, Fevereiro 2013

Índice

<u>Introdução</u>	4
<u>Enquadramento Teórico</u>	4
<u>O desenvolvimento do adolescente</u>	4
<u>Relação com os pais e Promoção do Papel Parental</u>	6
<u>Angiofibroma Juvenil da Nasofaringe</u>	8
<u>Avaliação Inicial</u>	10
<u>Plano de Cuidados R.</u>	21
<u>Conclusão</u>	38
<u>Referências Bibliográficas</u>	38

Introdução

De acordo com os objetivos delineados no meu projeto de estágio, irei elaborar um estudo de caso relativamente a uma criança à qual prestei cuidados durante o estágio, neste caso um adolescente. Para contextualizar o plano de cuidados irei elaborar um breve enquadramento teórico em que será abordado o desenvolvimento do adolescente, a relação entre o adolescente e os pais neste estágio de desenvolvimento, bem como uma sumária abordagem acerca do Angiofibroma Juvenil da Nasofarínge, motivo pelo qual o adolescente se encontrava internado. Segue-se posteriormente a avaliação inicial feita através da colheita de dados por entrevista e baseada no modelo de avaliação inicial da criança descrito por HOCKENBERRY e WILSON (2011), bem como no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de FIGUEIREDO (2009). Posteriormente é realizado o Plano de Cuidados fundamentado, seguindo-se de uma breve conclusão

Enquadramento Teórico

O desenvolvimento do adolescente

A adolescência dura aproximadamente uma década, desde os 11 ou 12 anos até aos 19 ou 20 anos, e apesar de nem o seu início nem o seu fim são claramente marcados, seja considerado o seu início com a puberdade, o processo através do qual o indivíduo atinge a maturação sexual ou fertilidade (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2011). É um período de transição entre a infância e a fase adulta, um tempo de rápido amadurecimento físico, cognitivo, social e emocional (HOCKENBERRY e WILSON, 2011), em que o jovem sofre mudanças físicas que resultam de atividade hormonal, sendo observadas no crescimento físico acelerado e no aparecimento e desenvolvimento de características sexuais secundárias (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). A adolescência inicial, em que se dá a transição para fora da infância, oferece oportunidades de crescimento nas dimensões físicas, competência social e cognitiva, autonomia, auto-estima e intimidade. Porém, surgem alguns riscos associados quando

os jovens têm dificuldade em lidar com tantas mudanças num curto espaço de tempo (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2011).

As mudanças biológicas da puberdade são drásticas e resultam num rápido crescimento em altura e peso, mudanças nas proporções e formas do corpo e o atingir da maturação sexual (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2011). Nos rapazes, a maturação sexual no início da adolescência caracteriza-se por uma série de alterações a nível dos órgãos sexuais, bem como um aumento da massa muscular e mudanças na voz e um aumento significativo de altura e peso (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Durante esse período as respostas fisiológicas ao exercício mudam drasticamente e o desempenho melhora, especialmente nos rapazes, graças a uma série de mudanças ao nível cardíaco, respiratório e metabólico (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

Neste estágio, dá-se uma busca pela autonomia da família e o desenvolvimento de senso de identidade pessoal em contrapartida à difusão do papel (HOCKENBERRY e WILSON, 2011), em que à medida que o adolescente estabelece identidade dentro de um grupo, tenta também incorporar as múltiplas mudanças corporais num conceito de si mesmo. Para estes jovens, muitas vezes é fácil tornar-se aquilo que esperam que ele seja, sem incorporar metas pessoais ou questionar decisões, porém alguns estudos revelam que os adolescentes não evidenciam uma mudança significativa de personalidade, mantendo-se muito próximo do que sempre foram (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2011).

A adolescência é também uma fase em que se consolida o papel de género, em que o adolescente encontra expectativas de um comportamento maduro no papel de género, tanto nos pares como nos adultos. O adolescente vacila os seus estados emocionais entre uma maturidade considerável e comportamentos infantis. São previsíveis alterações de humor, mas à medida que a tensão é aliviada a emoção é controlada e os indivíduos recolhem-se para rever o que aconteceu, para tentar dominar a raiva e crescer na sua capacidade de controlar as suas emoções e compreender algo através da sua nova experiência (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

O pensamento cognitivo culmina com a capacidade de pensamento abstrato, no período das operações formais (último estágio de Piaget). Preocupam-se com o possível e pensam para além do presente, sendo capazes de imaginar uma sequência de eventos que poderiam ocorrer, deixando de se preocupar apenas em compreender o mundo tal como ele é, tornando-se conscientes do mundo tal como pode vir a ser. Nesta fase, os seus pensamentos podem ser influenciados por princípios lógicos e não apenas pelo que

é vivenciado, podem imaginar possibilidades, testar hipóteses e construir teorias (HOCKENBERRY e WILSON, 2011; PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2011). Os adolescentes começam a considerar tanto as suas próprias ideias como as dos outros, imaginando o que os outros pensam dele, conseguindo assim diferenciar os pensamentos dos outros e os seus próprios e interpretá-los corretamente. Os adolescentes são capazes de compreender conceitos abstratos e interpretar analogias e símbolos. Conseguem sentir empatia, filosofar e pensar em termos lógicos, sendo que a maioria busca ideais e especula a respeito de afirmativas ilógicas e ideológicas em conflito. A sua tendência para a introspeção e intensidade emocional por vezes dificulta os outros a saberem o que eles estão a pensar (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Segundo Piaget, as influências neurológicas e ambientais combinam-se para promover a maturidade cognitiva, sendo a interação destes fatores essencial visto que mesmo que o desenvolvimento neurológico do jovem esteja evoluído o suficiente, podem nunca atingir o estágio de raciocínio formal de não houver estimulação do meio, o que pode ser conseguido através da interação com os pares. (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2011).

Para ganharem autonomia dos adultos, os adolescentes precisam de dar lugar aos seus próprios valores morais. Quando os princípios antigos são questionados mas novos valores independentes ainda não surgiram de forma a ter um espaço próprio, os jovens procuram um código moral que preserve a sua integridade pessoal e oriente o seu comportamento (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). As suas decisões morais devem basear-se numa série internalizada de princípios que lhes forneçam recursos para avaliar as exigências da situação e planear ações compatíveis com os seus ideais. A maioria dos adolescentes parece estar no nível II de Kohlberg, da moralidade convencional, em que as pessoas internalizam os padrões das figuras de autoridade, preocupam-se com o “ser bom”, agradar aos outros e manter a ordem social (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2011). Os adolescentes conseguem facilmente assumir o papel do outro, entendendo as responsabilidades e deveres com base em direitos recíprocos e conceitos de justiça fundamentados em fazer as devidas compensações para corrigir erros e reparar ou repor o que foi danificado por mau procedimento (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

Relação com os pais e Promoção do Papel Parental

O início da adolescência é um período de mudança e renegociação na relação entre o adolescente e os pais, em parte devido às mudanças físicas, sociais e cognitivas que caracterizam este período (Steinberg, 2001 citado por UPDEGRAFF, WHEELER e CROUTER, 2011). A relação pais-filho muda de proteção-dependência, para afeição e igualdade mútua (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Esta fase frequentemente acarreta um aumento nos níveis de conflito e mudanças na aceitação e padrões de comunicação entre o adolescente e os pais (Steinberg, 2001 citado por UPDEGRAFF, WHEELER e CROUTER, 2011), já que tanto os pais como o adolescente estão a aprender novos papéis e elaboram-nos enquanto resolvem uma série de ruturas essenciais para estabelecer um comportamento final. A maioria dos comportamentos observados na adolescência estão relacionados com a luta por independência e restrições e repressões externas colocadas no processo espontâneo de amadurecimento. À medida que o adolescente afirma os seus direitos por privilégios adultos, frequentemente criam tensões dentro de casa, resistem ao controlo dos pais e podem surgir conflitos de praticamente todos os assuntos. As tentativas iniciais do adolescente em conquistar a emancipação do controle parental manifestam-se num período de rejeição dos pais, em que este ausenta-se de casa e das atividades familiares e passa cada vez mais tempo com o grupo de amigos. Confiam menos os seus assuntos com os pais mas estes continuam a ter um papel importante na tomada de decisões pessoais e de saúde. Os pais devem ser orientados a adotar um estilo clássico de educação em que a autoridade é usada para guiar o adolescente ao mesmo tempo que permitem níveis de liberdade apropriados ao desenvolvimento e dando mensagens claras e consistentes a respeito das expectativas. Porém, para obter a confiança dos adolescentes os pais devem respeitar a privacidade do jovem e mostrar um interesse sincero e honesto pelo que o adolescente acredita e sente (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). A transmissão de segurança pelos pais e o comportamento não restritivo gerador de autonomia, estão relacionados níveis menores de perturbações de comportamento, ocorrendo uma adaptação bem sucedida a este período de transformação (Steinberg, 2001 citado por UPDEGRAFF, WHEELER e CROUTER, 2011).

Tanto o adolescente como os pais muitas vezes ficam confusos com as mudanças e o comportamento neste estágio de desenvolvimento. Os pais precisam de apoio e orientação para ajudá-los a passar por esta fase problemática, precisam de compreender as mudanças que ocorrem para aceitar os comportamentos esperados que acompanham o processo de separação. Os pais podem precisar de ajuda para “deixar acontecer” e

para promover a relação diferente daquela que anteriormente envolvia dependência para uma que envolva reciprocidade (HOCKENBERRY e WILSON, 2011)

Angiofibroma Juvenil da Nasofaringe

O angiofibroma juvenil é um tumor vasoformativo benigno, se crescimento lento, altamente vascularizado e localmente agressivo, que surge habitualmente nos adolescentes do sexo masculino, com tendência a recidivas. Apesar de ser o tumor benigno mais comum da nasofaringe, é relativamente raro e esporádico, representando aproximadamente 0,5% de todos os tumores da cabeça e pescoço.

Os portadores deste tipo de tumor ficam tipicamente silenciosos durante anos, apresentando epistaxis, obstrução nasal, deformidades e parastésias faciais, rinorreia, otalgia, sinusite, edema da face, alterações visuais e cefaleias. Alguns doentes apresentam, adicionalmente, proptose ou outro tipo de envolvimento orbitário, que são sintomas tardios. Alterações na voz e perda de peso podem também estar presentes. A maioria dos doentes ficam assintomáticos até o tumor aumentar significativamente de tamanho (HODGES [e colaboradores], 2010; CHEREKAEV [e colaboradores], 2011). A maioria dos cirurgiões concordam que a cirurgia, com prévia embolização endovascular dos vasculares aferentes, é o tratamento de primeira linha para um processo em fase inicial, sendo que a completa ressecção do tumor pode significar a cura para os doentes que não tenham outras causas de morbidade associadas. Porém, quando há uma extensão do tumor para a base do crânio ou envolvimento intracraniano, torna-se mais complicado fazer a excisão completa do tumor (HODGES [e colaboradores], 2010; CHEREKAEV [e colaboradores], 2011).

Devido aos diversos vasos arteriais, uma pré-embolização arterial torna-se uma ajuda na diminuição da hemorragia durante a excisão. A vascularização dos tumores varia, sendo que o médico deve diferenciar um tumor vascular do tumor fibroso. O risco de hemorragia de um tumor é imprevisível, porém a maioria são vascularizados e devem ser respeitados pelo potencial hemorrágico (HODGES [e colaboradores], 2010).

Ezri [e colaboradores] citado por HODGES [e colaboradores] (2010), reportou várias técnicas para diminuir a hemorragia após a cirurgia, tais como a extubação apenas várias horas após a cirurgia, posicionar o doente em trendelemburg causando deliberadamente hipotensão. Devido ao risco de hemorragia massiva, devem ser

colocados vários acessos venosos para reposição de volume e hemoderivados (HODGES [e colaboradores], 2010).

Na cirurgia, a técnica utilizada deve ter em conta os efeitos no esqueleto crânio-facial do jovem, que continuará a crescer até cerca dos 20 anos (HODGES [e colaboradores], 2010).

Os angiofibromas extensos com invasão intracraniana podem ser extraídos de forma segura através de uma abordagem combinada. A craniotomia temporal permite uma exposição excelente da artéria carótida, sinus cavernoso e fissura orbital superior, enquanto a abordagem transfacial permite uma remoção completa do tumor da nasofaringe, sinus esenoide e sinus cavernoso mediano. Os resultados deste tipo de cirurgia vão depender da seleção criteriosa do doente, dos exames imagiológicos que delimitem a extensão anatómica da invasão tumoral, da embolização pré-operatória e da colaboração de equipas cirúrgicas de otorrinolaringologia e neurocirurgia (HODGES [e colaboradores], 2010).

Avaliação Inicial

- 1. Nome:** R.
- 2. Data de nascimento:** 27.8.1997
- 3. Idade:** 15 anos
- 4. Raça/grupo étnico:** caucasiano
- 5. Sexo:** Masculino
- 6. Religião:** Católica
- 7. Morada:** vivem em Estremoz no Alentejo
- 8. Data da entrevista:** 3.2.2013
- 9. Entrevistado:** R. e pais

Doenças anteriores, lesões e operações:

- Rinite alérgica
- Asma brônquica
- Fratura do fémur aos 2 anos

1. Alergias:

- Pó, pelos e ácaros

- Vancomicina (Reação tardia durante o internamento atual)
2. **Medicamentos de ambulatório:** Bricanil (SOS) e Simbicort (SOS)
 3. **Imunizações:** PNV atualizado
 4. **Crescimento e Desenvolvimento:** Adequado à faixa etária
 5. **Motivo de Internamento/História atual do internamento:**
 - Em 2011 inicia quadro de obstrução nasal, associado a roncopatia, hipersonolência diurna e fadiga, com vários episódios de epistaxis. Após realização de TAC CE, que evidenciava uma lesão da nasofaringe sugestiva de angiofibroma juvenil, foi encaminhado para o Hospital Garcia de Horta (HGH) onde foi operado pela Otorrinolaringologia (ORL) em Novembro de 2011;
 - Por recidiva em Março de 2012 é internado e operado pela ORL do Hospital Polido Valente
 - Atualmente, por recidiva do tumor com extensão intracraniana, é internado no Hospital de Santa Maria (HSM) para realizar excisão cirúrgica após embolização
 - No dia 4.1.2013 realizou desvascularização pré-cirúrgica por via endovascular pela Neuro-radiologia de intervenção sob anestesia geral e anticoagulação com heparina, sem intercorrências;
 - No dia 8.1.2013 foi ao Bloco operatório (BO) de Cirurgia Plástica para realizar uma intervenção programada pela mesma em conjunto com a Neurocirurgia e ORL. Realizou traqueostomia e ressecção de ¼ do tumor, porém durante a intervenção apresentou hemorragia importante do tumor, com consequente instabilidade hemodinâmica, pelo que a cirurgia foi interrompida e reprogramada.
 - O R. ficou internado na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) 13 dias, ventilado através da traqueostomia
 - No dia 14.1.2013 foi submetido a uma cirurgia com duração de 18 horas, na qual foi realizada ressecção tumoral por acesso combinado craniofacial e cervical + reconstrução + meringotomia com TVTT à direita sem intercorrências. Durante a cirurgia

teve perdas sanguíneas estimadas em cerca de 2 litros, com necessidade de suporte com hemoderivados. Devido à duração da cirurgia desenvolveu uma ferida por pressão na região sagrada.

- Ficou internado na UCIPed em ventilação mecânica pela traqueostomia, sedado. Foi posteriormente desconectado do ventilador e ficou em ventilação espontânea, tendo sido transferido para o serviço de cirurgia
- Esteve estável até cerca de 3 dias, após os quais iniciou quadro de cefaleia holocraniana pulsátil com fotofobia e otalgia à direita associada a febre. Repetiu TAC CE que revelou tumefação parietal direita, com flutuação à observação. Foi submetido a Punção Lombar (PL) com saída de Líquido Cefalo-raquidiano (LCR) turvo e resultados laboratoriais com parâmetros infecciosos, pelo que iniciou terapêutica antibiótica com Vancomicina e Meropnem.
- No dia 21.1.2013 foi novamente ao BO pela Neurocirurgia, tendo sido removida coleção líquida purulenta + remoção de retalho ósseo, mini placas e parafusos + encerramento de fístula de LCR. Foram feitas várias tentativas de colocação de sistema de derivação lombar mas sem sucesso.
- Após esta última cirurgia, foi transferido para o serviço de cirurgia em respiração espontânea pela tranqueostomia. Foi medicado com antibioterapia (Vancomicina e Meropnem) e iniciou quadro de febres altas difíceis de reverter, realizou diversos exames complementares de diagnóstico com exclusão de complicações cirúrgicas, foram atribuídas a uma reação alérgica tardia à Vancomicina que foi suspensa juntamente com o Meropnem, substituídos por Ciprofloxacina e Clindamicina.
- A traqueostomia foi posteriormente retirada, juntamente com a Sonda Nasogástrica (SNG) visto tolerar alimentação líquida por via oral (PO). Apresenta um catéter venoso periférico por onde perfunde soro dextrosado. Mobiliza-se no leito autonomamente mas necessita de ajuda parcial para a deambulação, bem como para a eliminação. É autónomo nas restantes atividades de vida diária. Apresenta ligadura craneana, streristrrips em diversas suturas da face e uma cicatriz labial que se encontra exposta.

6. Medicamentos atuais no internamento: Paracetamol PO; Clindamicina EV, Ciprofloxacina EV

7. Avaliação Física

a) Tegumentar:

i. Feridas:

- Sutura craniana, com penso e ligadura;
- Suturas faciais com steristrips
- Cicatriz labial exposta

ii. Catéteres: Catéter Venoso Periférico no membro superior esquerdo com soro em perfusão

b) Cabeça: Edema ligeiro da face, em regressão

c) Olhos: Aparente encerramento ineficaz do olho direito, com indicação para penso oclusivo durante a noite

d) Ouvidos: Sem alterações

e) Nariz: Sem alterações

f) Boca: Cicatriz labial sem sinais inflamatórios, já realiza higiene oral com escova de dentes

g) Pescoço: Estoma de ex-traqueostomia em cicatrização, com penso oclusivo

h) Tórax: Sem alterações

i) Respiratório

i. Características da respiração: Eupneico, sem necessidade de aporte suplementar de oxigénio

j) Cardiovascular: sinais vitais estáveis, sem alterações cardíacas

k) Gastrointestinal

- i. Dieta prescrita: Líquida
 - ii. Tolerância: tolera a dieta na totalidade
- l) Genitourinária:
 - i. Grau de dependência na eliminação: Parcialmente dependente
 - ii. Observações: urina no urinol e evacua na arrastadeira ou WC
- m) Músculo esquelética:
 - i. Mobilidade: Apresenta diminuição de força nos membros inferiores e discreto desequilíbrio na marcha
 - ii. Grau de dependência: Mobiliza-se no leito autonomamente, deambula com ajuda parcial
- n) Neurológica:
 - i. Consciência: Consciente
 - ii. Orientação: orientado no tempo, espaço e pessoa

8. Avaliação psicológica

Durante o internamento na UCIPed, o Ricardo e a família foram acompanhados por uma psicóloga que lhe deu apoio e fez uma avaliação do seu estado psicológico. Na sua avaliação a psicóloga referia que o Ricardo estava calmo, mas preocupado com a sua aparência no pós-operatório, questionando-se se iria ficar com alterações na fisionomia facial. A psicóloga referiu também que os pais do Ricardo se encontravam preocupados com a sua situação, mas que eram capaz de transmitir ao Ricardo a informação acerca do seu estado de saúde, transmitindo-lhe a calma e tranquilidade que ele necessitava, proporcionando um ambiente favorável à sua recuperação.

9. História psicossocial

- a. Escola: 10º ano de escolaridade. A mãe refere que nas cirurgias anteriores não houve qualquer alteração relativamente ao desempenho escolar do R., não se atrasando na sua progressão de ano. Neste momento, dado que o internamento tem uma duração ligeiramente superior e os cuidados pós-operatórios diferem das cirurgias anteriores, há possibilidade de isso acontecer, porém os pais não vêem qualquer problema visto que na escola do R. é-lhe dado todo o apoio que necessita, bem como consideram que essa seria uma “preocupação secundária”(sic) neste momento.
- b. Amigos: Refere ter muitos amigos (confirmado pelos pais)
- c. Observações: De acordo com os pais e o próprio, o R. tem uma vida social ativa, estando frequentemente com os amigos e realiza atividades como ida ao cinema ou teatro, sai à noite para bares e discotecas ao fim de semana, entre outras. Realiza exercício físico na escola e participa em desportos coletivos, é competitivo.

10. História familiar

Mãe: 42 anos, empregada de balcão

- a. Antecedentes pessoais: Rinite, sinusite
- b. Antecedentes familiares: Pai com HTA, faleceu por AVC

Pai: 44 anos, militar

- c. Antecedentes pessoais: saudável
- d. Antecedentes familiares: Pai com Insuficiência Renal Crónica (IRC) sob hemodiálise, angina de peito

- Dimensão estrutural
 - Tipo de família: Família nuclear
 - Família extensa – tipo de contacto: Pessoal/Telefónico
 - Família extensa – intensidade de contacto: Diário
 - Família extensa – função das relações: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos
 - Sistemas mais amplos
 - Trabalho: tanto o pai como a mãe trabalham e estão estáveis no emprego, que não é um fator de stress
 - Instituições de ensino – escola: o R. está na escola, na qual gosta de estar e onde lhe têm prestado o apoio que necessita
 - Instituições de saúde: a família recorre a médico particular
 - Instituições religiosas: a família frequenta regularmente a igreja
 - Atividades de lazer e cultura: a família sai frequentemente, dá passeios e realiza atividades de lazer comuns em família
- Edifício residencial
 - Barreiras arquitetónicas: Prédio, 2º andar sem elevador
 - Sistema de abastecimento
 - Abastecimento de água: rede pública
 - Serviço de tratamento de resíduos: rede pública
- Dimensão Desenvolvimental
 - Etapa do ciclo familiar: família com filhos adolescentes

11. Papel Parental - Família com filhos adolescentes:

1- Conhecimento do papel

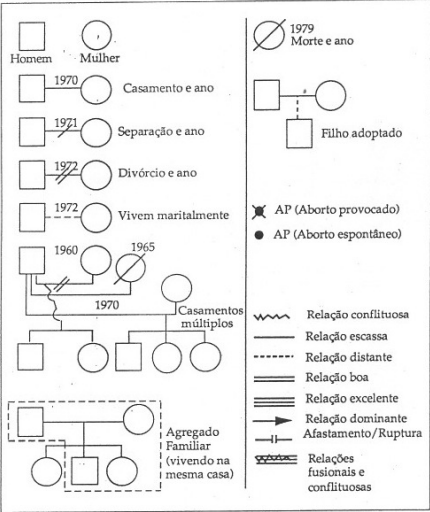
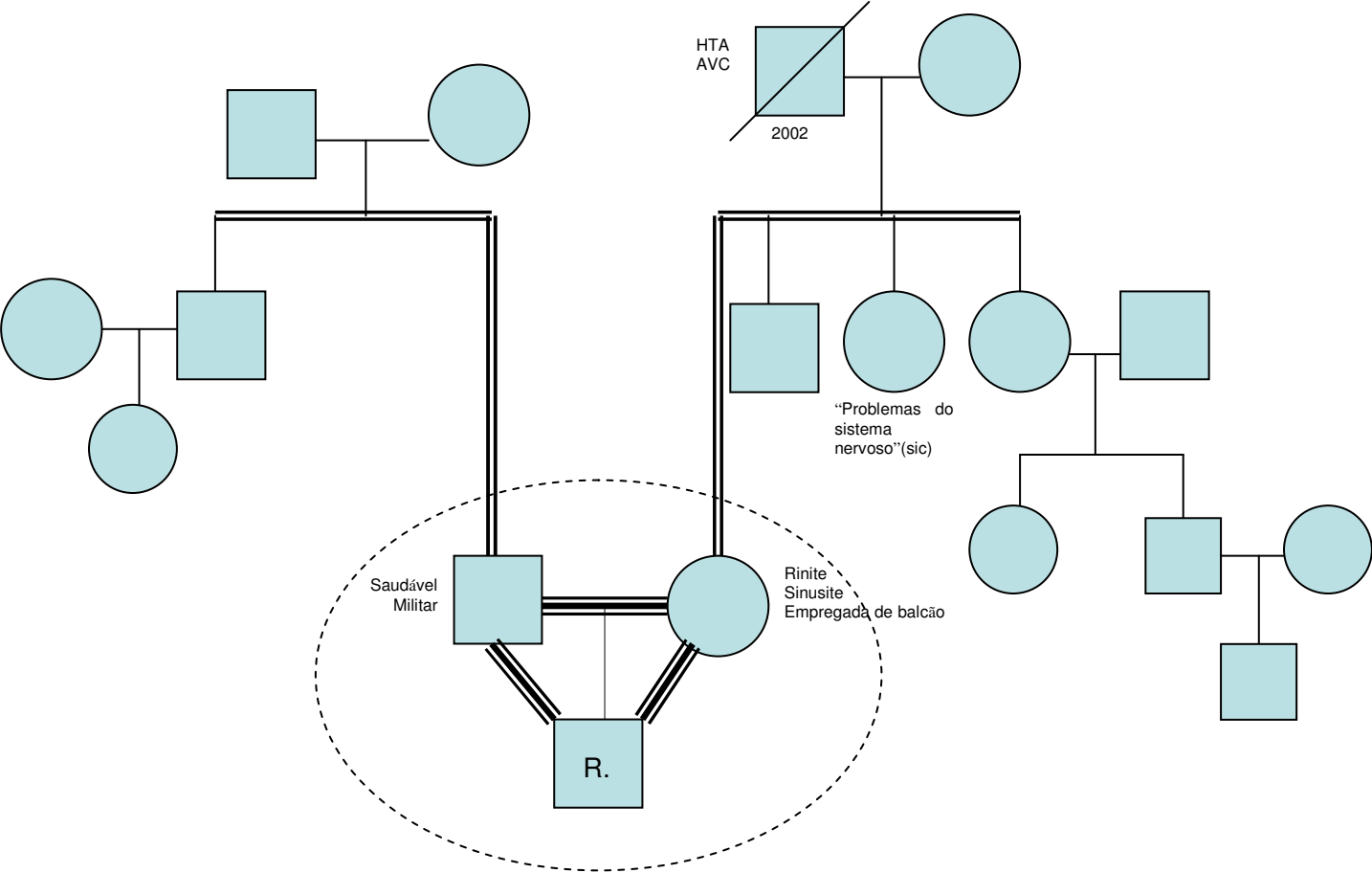
- Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente: demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente: demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente: demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente: demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral: demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/vacinação do adolescente: demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre padrão do exercício adequado ao adolescente: demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes: demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas ao adolescente: demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre atividades de exercício adequadas ao adolescente: demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência: demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes: demonstrado

2- Comportamento de adesão

- Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente: sim
- Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente: sim
- Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado ao adolescente: sim
- Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente: sim
- Os pais definem as regras entre os sub-sistemas: sim

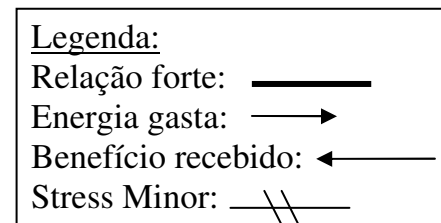
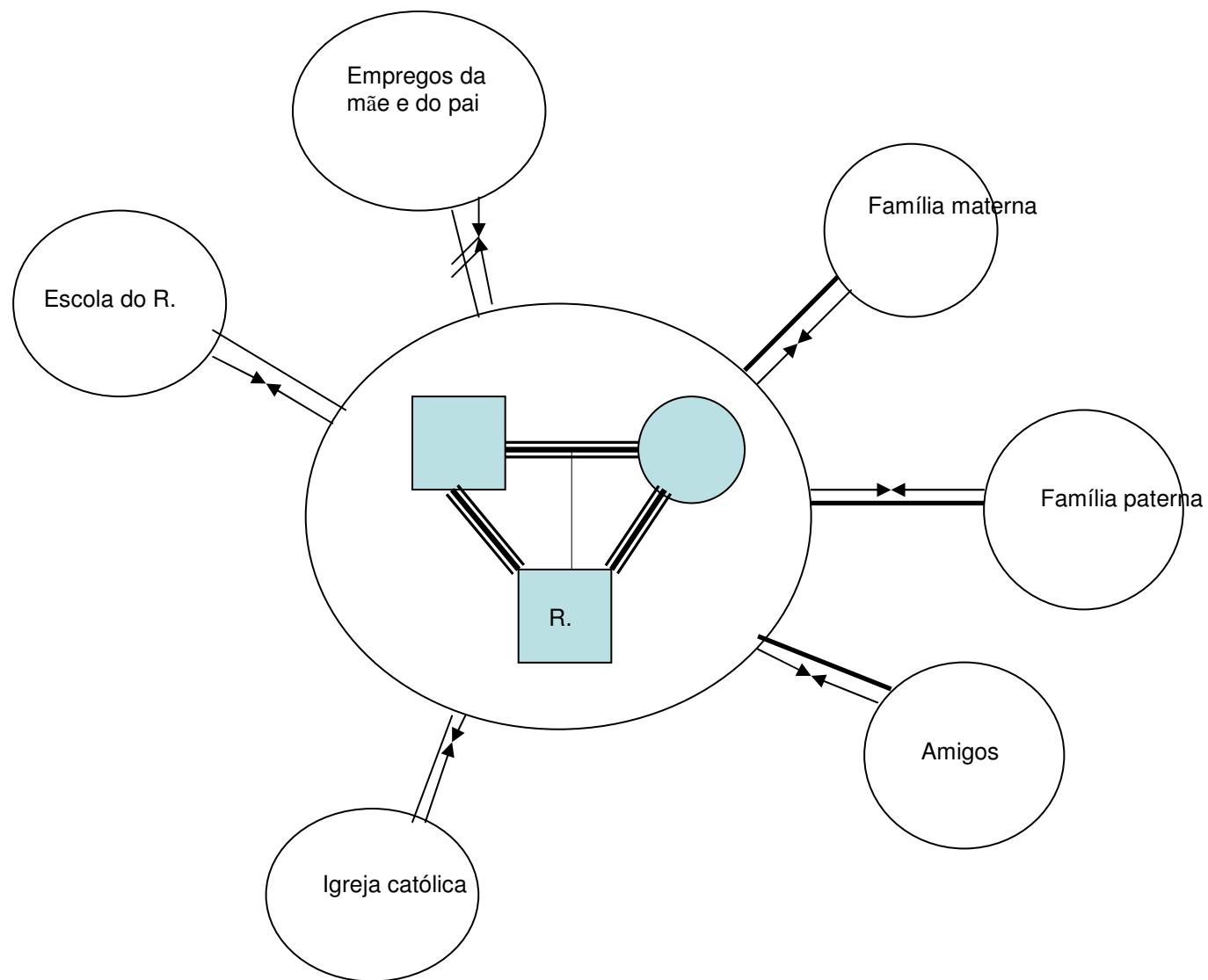
- Os pais promovem a interação com o grupo de amigos: sim
- A família respeita a privacidade do adolescente: sim
- Os pais discutem com o adolescente o seu projeto de vida: sim
- O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião: sim
- A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente: sim
- Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente: sim
- Os pais interagem positivamente com o adolescente: sim

Avaliação Familiar - Genograma



(CAEIRO. 1991)

Avaliação Familiar – Ecomapa



Plano de Cuidados R.

De acordo com a Avaliação Inicial efetuada, irei elaborar um Plano de Cuidados de Enfermagem destinado ao R. e família, tendo em conta a promoção do papel parental. Assim, não se pretende com este plano de cuidados abordar todos os cuidados necessários ao R. e família durante o internamento, mas sim algumas das intervenções de enfermagem direcionadas à promoção do papel parental, tendo em conta o desenvolvimento do adolescente, não desvalorizando todas as outras intervenções necessárias à manutenção do processo de saúde/doença do R., mas direcionando o plano de cuidados para a temática em foco. Visto a realização deste Estudo de caso ter sido posterior à alta clínica do R. do serviço de Cirurgia Pediátrica, não irei realizar a avaliação dos resultados para cada intervenção, dado que este será um exemplo de plano de cuidados a aplicar e não um plano efetivamente utilizado na prática.

O plano de Cuidados será elaborado com base no foco primário que é o Papel Parental comprometido, tendo em conta o contexto de internamento em que o R. se encontra, centrando assim os cuidados de enfermagem na promoção do mesmo, relativamente aos focos secundários identificados como necessidades de intervenção.

Foco	Status /Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções
Papel Parental	Papel Parental Comprometido	Papel Parental não comprometido	<ul style="list-style-type: none">• Executar acolhimento ao serviço;

			<ul style="list-style-type: none">• Informar os pais sobre a filosofia e regras do serviço;• Apoiar a família;• Apoiar a tomada de decisão da família;• Assistir os pais a tomar conta do jovem;• Facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental;• Elogiar o envolvimento dos pais nos cuidados;• Incentivar os pais para a prestação de cuidados;• Incentivar o papel parental durante a hospitalização;• Informar sobre equipamento de ajudas
--	--	--	--

			<p>técnicas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover o envolvimento da família. • Facilitar a comunicação expressiva de emoções; • Identificar crenças erróneas;
<p>Quando a criança é hospitalizada, vivencia uma situação de stress e crise evidentes, bem como os pais para os quais essa situação é geradora de angústia e insegurança. Assim, quando o internamento é necessário a díade criança/família deve encontrar um ambiente terapêutico que mantenha o mais possível a união da família e os papéis familiares, estando demonstrados os benefícios do envolvimento parental no cuidado à criança (MANO, 2002; CASEY, 1995). Assim, quando o alvo do processo de cuidados é a unidade familiar, as intervenções de enfermagem são geralmente otimizadas e isso torna possível a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (LOPES e FERNANDES, 2005). As mudanças exigem da família uma necessidade de se ajustar, reorganizar, consolidar, adaptar e estabelecer novos padrões de comportamento, de forma a conseguir ultrapassar o acontecimento de forma saudável. A resolução satisfatória da crise, como o internamento do filho, depende muitas vezes da rede de suporte (LOPES e FERNANDES, 2005). No caso desta família, os pais referiram ter uma rede de suporte alargada à família e amigos com quem, apesar de estarem distantes (no seu local de residência), mantém o contacto telefónico diário e quando oportuno recebem visitas dos mesmos no hospital. Os pais referiram também os enfermeiros como parte da sua rede de apoio durante o internamento, manifestando-se satisfeitos com a relação que mantêm com os mesmos.</p> <p>De acordo com Mercer, citado por LOPES e FERNANDES (2005), existem quatro tipos de apoio social, os quais podemos adaptar às intervenções delineadas neste plano:</p>			

- O apoio emocional, em que o propósito é fazer com que a família se sinta amada, cuidada, confiada e compreendida. Neste tipo de apoio podemos compreender intervenções como: executar acolhimento; apoiar a família; Facilitar a comunicação expressiva de emoções; promover o envolvimento da família;
- O apoio informativo, que ajuda a família a ajudar-se a si própria, fornecendo-lhe informação útil para lidar com o problema e/ou situação. Neste tipo de apoio podemos compreender intervenções como: Informar os pais sobre a filosofia do serviço; Identificar crenças erróneas; Informar sobre equipamento de ajudas técnicas;
- O apoio físico, que é um tipo de ajuda direta e onde podemos compreender as intervenções como: Assistir os pais a tomar conta da criança; Facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental; Incentivar os pais para a prestação de cuidados
- O apoio de apreciação, que permite que a família se avalie a si própria em relação ao desempenho do papel. Podemos compreender neste tipo de apoio intervenções como: Elogiar o envolvimento dos pais; Apoiar a tomada de decisão; Incentivar o papel parental durante a hospitalização

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o Papel parental é o *“Papel de Membro da família: Interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente”* (CIPE® Versão 2, 2011). Quando a criança é internada, os pais têm dificuldades em saber o que é esperado deles, sentindo-se inibidos de uma certa autonomia no cuidar da criança, confundindo papéis e aumentando a sua ansiedade e insegurança inerente à situação de doença/hospitalização do seu filho (MANO, 2002). No caso do R., aparentemente o papel parental relativamente ao estágio familiar em que se encontram: família com filhos adolescentes; encontrava-se demonstrado em todas as principais áreas da promoção de saúde e

desenvolvimento do adolescente. Porém, com o internamento do R., esse papel fica comprometido visto os pais estarem fora do seu contexto familiar e o R. apresentar algumas especificidades como os pensos, as limitações motoras e nutricionais, a alteração do padrão respiratório, entre outras, para as quais os pais não estavam preparados no momento do internamento. Apesar de já não ser o primeiro internamento e a primeira intervenção cirúrgica do R., foi o primeiro internamento neste hospital e serviço, e o tipo de intervenção cirúrgica foi também diferente, requerendo cuidados distintos dos prestados anteriormente. No momento em que foi feita a colheita de dados já os conhecimentos e habilidades dos pais para lidar com todas as alterações no estado de saúde físico e psicológico do R. se encontravam demonstradas, porém, houve todo um processo de cuidados de enfermagem que possibilitou essa aprendizagem. Essas intervenções de enfermagem devem ser baseadas numa filosofia de cuidados em parceria, que é fruto da evolução de um sistema de serviços especializados de assistência infantil, bem como dos aspetos do pensamento relativos ao desenvolvimento psicológico e emocional da criança e à evolução da própria família como instituição social (MANO, 2002).

Para SMITH e CASEY, citados por MANO (2002), os dois conceitos que facilitam uma filosofia de cuidados em parceria são: o conceito de cuidados centrados na criança e na família, dando-lhes poder através da partilha de informação e conhecimentos para os capacitar na tomada de decisão e no processo de cuidados, de uma forma semelhante; e o conceito de cuidados negociados, considerados como a relação terapêutica construída na confiança e respeito mútuos. Este processo conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente e a um nível de participação na prestação desses cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um, e é constituído pelas seguintes etapas:

- **Apreciação:** em que as necessidades de cada elemento da família e a habilitação da família para cuidar da criança são identificadas → esta etapa do processo deverá ter sido iniciada no momento da entrada do R. no serviço, sendo que era uma fase já ultrapassada aquando da realização da avaliação inicial;
- **Planeamento:** em que o plano de cuidados deve ser documentado com vista à preparação da alta → esta fase do processo foi-se estendendo aos primeiros dias de internamento do R., alongando-se até ao final do internamento tendo em conta a evolução do R. e

das suas necessidades, porém neste estudo de caso pretende-se dar a conhecer um possível planeamento desses cuidados desde o momento da colheita de dados;

- Execução: em que são realizados os cuidados planeados, pelos enfermeiros e família, que podem ser reajustados conforme o desejo e as capacidades da criança e da família → esta etapa foi sendo concretizada ao longo do internamento do R., embora não estruturada como se apresenta neste estudo de caso, visto este último ter sido elaborado posteriormente à sua alta para o domicílio;
- Avaliação: em conjunto, a enfermeira, criança e família, são avaliados os cuidados prestados e é feito um reajuste das suas necessidades com o objetivo de alcançar a independência e a preparação para a alta → esta etapa não será realizada de acordo com este planeamento específico, visto o R. já se encontrar no domicílio. Porém, foi evidente que durante o internamento foi sendo feita esta avaliação, e no período final de internamento (quando foi feita a colheita de dados), o R. e os seus pais encontravam-se aptos para continuarem os cuidados necessários no domicílio.

Estabelecido o diagnóstico de enfermagem primário, irei abordar alguns diagnósticos e intervenções com vista a dar resposta ao foco primário identificado, ou seja, a promoção do papel parental nos pais do R., tendo em conta os problemas identificados na avaliação inicial, utilizando uma filosofia de cuidados em parceria com vista ao desenvolvimento adequado à faixa etária do R.

Problemas identificados	Status /Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções
- Sutura craniana com penso e ligadura de proteção - Suturas faciais com steristrips	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de auto-estima do adolescente comprometida; 	Que o R. apresente um nível de Autoestima adequado	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular os pais a facilitar a comunicação expressiva de emoções por

<p>- Cicatriz labial exposta - Estoma de ex-traquestomia, com penso de proteção</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos pais sobre medidas de promoção de auto-estima do adolescente, demonstrado; • Habilidades dos pais sobre medidas de promoção de auto-estima no adolescente, demonstrado; 		<p>parte do adolescente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular os pais a promover a auto-estima no adolescente; • Apoiar os pais na promoção da auto-estima do adolescente.
<p>As mudanças físicas dramáticas da adolescência têm consequências psicológicas, sendo que a maioria dos adolescentes está mais preocupada com a sua aparência do que com quaisquer outros aspetos de si mesmo. Têm muita consciência da sua aparência à medida que começam a adquirir imagens de si como adultos, mas vêem discrepâncias entre o seu ideal e as habilidades e competências reais. Preocupam-se com o seu peso, aspeto e características faciais. Sentem-se mais confortáveis quando são exatamente iguais aos amigos e pares da mesma idade, sendo que qualquer desvio percebido em relação ao grupo pode ser ameaçador à sua imagem idealizada. Os efeitos psicológicos da puberdade dependem muito do modo como o adolescente e as outras pessoas do seu mundo interpretam as mudanças que ocorrem, sendo que os efeitos da maturação tardia ou precoce têm mais probabilidades de serem negativos quando os adolescentes são muito mais ou muito menos desenvolvidos do que os seus pares, quando não vêem as mudanças como vantajosas e quando vários acontecimentos stressantes ocorrem mais ou menos ao mesmo tempo. O acontecimento de uma doença crónica ou uma incapacidade física permanente tem um significado especial durante a adolescência e gera stress adicional. Assim, os adultos e os profissionais de saúde devem estar sensíveis ao impacto potencial das mudanças pubertárias de modo a ajudarem os jovens a viver estas mudanças tão positivamente quanto possível (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2011;</p>			

HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

De acordo com a CIPE, Autoestima é “*auto imagem: Opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de auto limitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva*” (CIPE® Versão 2, 2011). No caso do R., a cirurgia a que foi submetido provocou uma série de alterações na sua imagem, principalmente na cabeça e na face, que são as partes mais visíveis pelos outros. Os pensos cranianos e faciais, o edema da face e o estoma resultante da traqueostomia, são alterações drásticas ao seu aspeto físico habitual, que podem provocar ansiedade e uma crise na sua auto-estima e identidade. O R. chegou a verbalizar à psicóloga que lhe dava apoio, enquanto estava ainda na unidade de cuidados intensivos, a preocupação em ficar com aquela aparência permanentemente. Assim, e tendo em conta a importância da auto imagem e da auto-estima nesta etapa do desenvolvimento, tornava-se fulcral fazer o ensino aos pais da sua importância bem como instruí-los e estimulá-los a promoverem a auto-estima do R. durante o internamento. No momento da colheita de dados os conhecimentos e habilidades dos pais do R. na promoção da auto-estima do mesmo encontravam-se já demonstrados, portem, ao fornecer apoio aos pais nesta intervenção, o enfermeiro pode sugerir algumas das estratégias tais como: perceber se após a cirurgia o R. queria ver-se ao espelho e explicar-lhe todas as alterações observadas; elogiar as suas conquistas diárias e a evolução favorável na alteração da sua imagem; facilitar a comunicação expressiva de emoções relativamente à sua aparência ou às suas limitações; prestar-lhe apoio emocional; entre outras estratégias que poderiam ser ensinadas aos pais para que estes pudessem promover uma resolução satisfatória desta “crise” que constitui um episódio de internamento e cirurgia com alteração da imagem corporal, pela qual o R. estava a passar no momento.

Problemas identificados	Status /Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções
- Necessita de ajuda parcial nas atividades de vida diária (AVD)	<ul style="list-style-type: none">• Auto cuidado do adolescente	<ul style="list-style-type: none">• Que o R. seja autónomo nas AVD	<ul style="list-style-type: none">• Incentivar os pais para a prestação de cuidados de

<p>como a deambulação e os cuidados de higiene</p>	<p>comprometido;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene do adolescente, demonstrado; • Aprendizagem de habilidades dos pais sobre cuidados de higiene do adolescente, demonstrado; • Conhecimento dos pais sobre apoio no deambular do adolescente, demonstrado; • Aprendizagem de habilidades dos pais sobre apoio no deambular, demonstrado; • Conhecimentos dos pais acerca da promoção do auto cuidado no 	<ul style="list-style-type: none"> • Que os pais demonstrem habilidades para promover o auto cuidado no R. 	<p>higiene ao adolescente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar os cuidados de higiene ao adolescente; • Incentivar os pais na prestação de apoio no deambular do adolescente; • Supervisionar deambulação do adolescente; • Estimular os pais na prestação de cuidados ao adolescente com vista ao auto cuidado.
--	--	---	---

	adolescente, demonstrado		
<p>Auto cuidado é, de acordo com a CIPE, a “<i>atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária</i>” (CIPE® Versão 2, 2011). O R., como adolescente, encontra-se num período de mudança característico pela renegociação na relação com os pais, em parte devido às mudanças físicas, sociais e cognitivas que caracterizam este período (Steinberg, 2001 citado por UPDEGRAFF, WHEELER e CROUTER, 2011). Numa fase em que a relação pais-filho muda de proteção-dependência, para afeição e igualdade mútua (HOCKENBERRY e WILSON, 2011), o adolescente que é confrontado com uma limitação do seu auto cuidado, vê-se dependente da ajuda permanente de outras pessoas, nomeadamente dos pais, o que pode ser visto como uma regressão, afetando a sua auto-estima, que foi já abordada anteriormente. O papel de doente promove a dependência e a despersonalização e o adolescente pode reagir com rejeição, falta de cooperação ou isolamento. Podem responder a despersonalização com auto afirmação, raiva ou frustração (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). No caso do R. isso não se verificou, sendo que este lidava bem com as suas limitações, com a ajuda dos pais que demonstraram ter conhecimento acerca da importância da promoção do auto cuidado no adolescente, prestando o apoio necessário nas AVD mas incentivando a independência sempre que possível, não o substituindo naquilo que era capaz de realizar. Porém, a supervisão desses cuidados por parte do enfermeiro permite avaliar a necessidade de reforçar o ensino aos pais acerca das estratégias a adotar, caso seja necessário.</p>			
Problemas identificados	Status /Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções
- Distância dos amigos e da escola	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos pais sobre a importância do grupo de pares no adolescente, demonstrado; 	Que o R. mantenha uma relação com o seu grupo de pares, promovendo o desenvolvimento de identidade pessoal.	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar os pais a promover o contacto do R. com os amigos; • Envolver os pais na

	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos pais sobre a importância da escola no adolescente, demonstrado; • Aprendizagem de habilidades dos pais para a promoção da identidade pessoal do adolescente, demonstrado. 		<p>implementação de estratégias promotoras de socialização do adolescente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar os pais sobre a importância da privacidade do adolescente; • Incentivar os pais a estimular o R. a retomar os trabalhos da escola logo que o seu estado o permita;
<p>A nível do desenvolvimento psicossocial, é durante a adolescência que os indivíduos adquirem senso de identidade, começando a ver-se como indivíduos distintos, únicos e singulares e separados de todos os outros indivíduos. Este vive uma crise de identidade no grupo vs. alienação, em que a pressão para pertencer a um grupo é intensificada e considerada essencial para que possam adquirir um status (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Ou seja, há um conflito entre o desejo de se afirmar um ser único e um desejo irresistível de ser exatamente como os seus amigos, em que qualquer coisa que coloque o adolescente fora do seu grupo pode ser inquietante (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2011). Isso ajuda-o a estabelecer uma diferença entre si e os seus pais. A evidência de conformidade entre do adolescente ao seu grupo de pares e da não conformidade com o grupo adulto, dá ao jovem um quadro de referência para a auto afirmação e a rejeição da identidade da geração dos pais</p>			

(HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Este processo de formação de identidade pessoal, exige tempo e é cheio de períodos de confusão, depressão e desânimo, porém, à medida que as partes se vão encaixando gradualmente, surge uma identidade positiva (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

Para atingir a maturidade completa, os adolescentes precisam de libertar-se da dominação familiar e definir a sua identidade independentemente da autoridade materna e paterna. Este processo é ambivalente, visto que ao mesmo tempo que o adolescente quer ficar livre das restrições dos pais, sente-se inseguro à medida que tenta compreender as responsabilidades ligadas à independência. Os sentimentos de imortalidade e ausência de consequências de comportamentos de risco dão ao adolescente coragem para separar-se dos pais e tornar-se independente. Parte dessa emancipação envolve desenvolver relações sociais fora do contexto familiar que ajudem os adolescente a identificarem o seu papel na sociedade. O grupo de amigos serve como um forte apoio ao adolescente, individual e coletivamente, dando-lhe um sentimento de pertença, força e poder. O grupo de amigos representa a transição entre a dependência e a autonomia, tendo uma grande influência na autoavaliação e no comportamento do adolescente, sendo usado por este como uma medida do que para eles é normal. A escola é um foco importante de vida social, sendo que um senso de vínculo com a escola e vínculo social ideal estão associados a resultados positivos na conclusão do ensino, humor positivo e menos comportamentos de alto risco (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

Com a hospitalização, a perda de contacto com o grupo de colegas pode impor uma grave ameaça emocional por causa da perda do status no grupo, incapacidade de exercer o controlo ou liderança deste e perda de aceitação pelo grupo. Os desvios dos grupos de amigos são mal tolerados, sendo que embora os membros no grupo possam expressar preocupação com a doença do adolescente, ou com a necessidade de internamento, estes continuam as suas atividades de grupo, preenchendo rapidamente a lacuna do membro ausente. Apesar de os amigos poderem visitar o adolescente, este frequentemente isola-se voluntariamente dos seus amigos da mesma idade até sentir que pode competir em condições iguais e satisfazer as expectativas do grupo (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

O R. demonstrou ter uma relação saudável com os pais, no sentido em que estes pareciam gerir eficazmente este processo de formação de

identidade e independência do R., verbalizando que este tinha muito amigos e convivia com eles frequentemente, que lhe davam liberdade para sair com eles, mas demonstrando simultaneamente abertura para conversar sobre qualquer assunto que o R. desejasse, dando-lhe a segurança e impondo os limites necessários ao desenvolvimento de um jovem saudável. Durante o internamento o contacto do R. com os amigos foi reduzido devido à distância, porém os pais foram proporcionando momentos de contacto telefónico do R. para os amigos. Apesar disso, considero que uma das estratégias que poderia ser implementada com esta família, seria estimular os pais a combinarem com um ou dois amigos do R., para que pudessem vir a Lisboa visitar o R. e passar algum tempo com ele, se esse fosse um desejo seu. Pelo que pude aperceber-me a maioria das visitas que teve foram de familiares, o que é muito importante, porém nesta fase em que os amigos têm uma importância tão grande para o desenvolvimento de uma identidade própria e do sentimento de pertença, seria importante fomentar mais este tipo de visitas, ou na sua impossibilidade, de contacto frequente por telefone ou mail, por exemplo.

Problemas identificados	Status /Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções
<ul style="list-style-type: none"> - Restrição a dieta líquida - Terapêutica instituída - Realização de pensos faciais e cranianos - Necessidade de penso oclusivo no olho direito durante a noite 	<ul style="list-style-type: none"> • Adesão ao regime terapêutico, demonstrado; • Conhecimento dos pais sobre regime terapêutico, demonstrado; 	<p>Que o R. cumpra o regime terapêutico necessário à sua recuperação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar os pais sobre gestão do regime terapêutico do adolescente; • Ensinar sobre sinais de ingestão nutricional insuficiente; • Ensinar sobre estratégias de adaptação ao regime

			<p>alimentar;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre gestão do regime terapêutico; • Treinar sobre gestão do regime terapêutico; • Ensinar os pais sobre vigilância de saúde após a alta;
<p>Quando se realiza a cirurgia aberta de abordagem combinada para o tratamento do Angiofibroma Juvenil Nasofaríngeo, é necessário realçar as complicações que podem advir dessa abordagem, tais como: hemorragia, neuralgia, trismus, meningite, amaurose, oftalmoplegia, hemiparésia, formação de crostas nasais, estenose dos ductos lacrimais, otite média, deformações faciais, complicações oftalmológicas, deiscência do palato, crescimento desproporcionado dos ossos faciais, necessidade de traqueostomia e/ou fixação interdentária, cicatrizes faciais e perda de dentes. Um follow-up cuidado através de Ressonância Magnética (RNM) é necessário para despiste de recidivas no período pós-operatório (CHEREKAEV [e colaboradores], 2011), bem como outro tipo de tratamentos. No pós-operatório tardio o R. mantinha algumas limitações como a dieta instituída restrita a líquidos, a necessidade de antibioterapia endovenosa, a realização de pensos faciais, cranianos e da extraquestomia. Tinha também necessidade de realizar exames como TAC ou RX para controlo da evolução do seu estado. Por não fechar o olho direito completamente durante o sono, necessitava também de um penso oclusivo para o manter encerrado durante a noite. Para o sucesso dos tratamentos instituídos era necessário que o R. e os seus pais aderissem ao regime terapêutico, sendo aqui considerado regime terapêutico como todas as intervenções relacionadas com a dieta, medicação e tratamentos.</p> <p>Segundo a CIPE, a adesão é a “(...) ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem</p>			

desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)” (CIPE® Versão 2, 2011). Os fatores relacionados com o ambiente clínico, como o ambiente físico ou a relação com os profissionais, são importantes para garantir a adesão, pelo que devem ser incluídos no planeamento de estratégias para a aumentar. As estratégias de adesão são constituídas de intervenções que incentivam a família a seguir o regime de tratamento prescrito. Nos adolescentes, níveis mais altos de auto-estima e autonomia favorecem a adesão. Os fatores familiares são importantes e as características associadas à adesão incluem apoio e lembranças da família, boa comunicação e expectativas da conclusão bem sucedida do regime terapêutico (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Algumas das estratégias que podem ser usadas para obter adesão ao regime terapêutico são:

- Estratégias organizacionais, que envolvem o ambiente clínico e o plano terapêutico, incluindo a manipulação de fatores que afetam a adesão positivamente;
- Estratégias educativas, que contemplam o plano de tratamento na família, a informação dos pais sobre as condições da criança e as necessidades de tratamento. O enfermeiro deve utilizar estratégias de ensino eficazes e incorporar princípios didáticos para aumentar o conhecimento, envolvendo a família;
- Estratégias de tratamento, que se relacionam à recusa ou incapacidade da criança de tomar o medicamento prescrito, o que não se aplica ao caso do R.
- Estratégias comportamentais, desenvolvidas para modificar diretamente o comportamento e incentivar o comportamento desejado, como o reforço positivo e o acordo tácito. (HOCKENBERRY e WILSON, 2011)

No caso do R., tanto este como os pais demonstraram aderir ao regime terapêutico, tendo-lhes sido sempre informada a necessidade dos

tratamentos e restrições dietéticas, sendo envolvidos nos cuidados sempre que possível, como por exemplo na gestão da alimentação ou nos cuidados a ter com a manutenção dos pensos íntegros ou prevenção de infeção. O ensino sobre os cuidados a ter em casa foi também realizado, bem como foi agilizada uma visita da dietista para orientar os pais na dieta do R. no domicílio. Estas foram algumas estratégias utilizadas.

Conclusão

Com este estudo de caso tive oportunidade de refletir acerca da prestação de cuidados ao adolescente e família, promotores do papel parental, tendo em conta a filosofia da parceria de cuidados. Apesar de ser centrado no adolescente, os princípios da promoção do papel parental são transversais a todas as faixas etárias. Optando por enunciar apenas alguns dos problemas identificados na avaliação inicial como focos de enfermagem, limitei um pouco a abordagem mas penso que desta forma tive oportunidade de refletir em maior profundidade sobre os focos apresentados, indo de acordo ao objetivo delineado no projeto de estágio.

Após a realização deste estudo de caso sinto que desenvolvi competências de EESIP no âmbito da implementação e gestão, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010), aumentando os meus conhecimentos nesta área e refletindo também sobre a prática de enfermagem promotora do desenvolvimento da criança.

Referências Bibliográficas

- HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David – **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. ISBN: 978-85-352-3447-3
- PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin – **O mundo da criança**. 8ª ed. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda., 2011. ISBN: 972-773-069-8
- UPDEGRAFF, Kimberly A.; WHEELER, Lorey A.; CROUTER, Ann - **Work and Mexican American Parent–Adolescent Relationships: The Mediating Role of Parent Well-Being**. Journal of Family Psychology. Vol. 25, n.º 1. American Psychology Association. 2011. ISSN 0893-3200/11. p. 107-116. DOI: 10.1037/a0022440
- HODGES, John M.; McDEVITT, A. S.; EL-SAYED ALI, A.I.; SEBELIK, M. E. – **Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: current treatment modalities**

- and future considerations.** Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. (Julho – Setembro, 2010). 62(3). P. 236–247
- **CHEREKAEV, Vasily A.; GOLBIN, Denis A.; KAPITANOV, Dmitry N.; ROGINSKY, Vitaly V.; YAKOVLEV, Sergey B.; ARUSTAMIAN, Sergey R. - Advanced craniofacial juvenile nasopharyngeal Angiofibroma: Description of surgical series, case report, and review of literature.** Ata Neurochir (2011). p. 153:499–508. DOI 10.1007/s00701-010-0922-0
 - **CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.** Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2
 - **MANO, Maria João – Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais.** *Revista Referência*, n.º 8 (2002) . p. 53-61
 - **CASEY, Anne. Partnership nursing: influences on involvement of informal carers.** Journal of advanced Nursing, 1995. 22. p. 1058-1062
 - **LOPES, Sandrine; FERNANDES, Pedro Gabriel – O papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem.** Revista Sinais Vitais, 2005. N.º 63. p. 36-42
 - **FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva – Enfermagem de família: um contexto do Cuidar.** Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar// Doutoramento em Ciências de Enfermagem. 2009.
 - **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.** Lisboa: OE (2010).

ANEXO XII - ARTIGO “PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL NO BLOCO
OPERATÓRIO”

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA**

**Promoção do Papel Parental no Bloco
Operatório**

Vera Neto n.º 19201107

Lisboa, Março 2013

Índice

Introdução.....	4
Presença dos Pais durante a Indução Anestésica (PPIA)	6
Conclusão	11
Referências Bibliográficas.....	12

Introdução

No âmbito do módulo II de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, realizado no serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de Santa Maria, tive oportunidade de passar um turno no Bloco Operatório (BO), para observar o circuito da criança que é submetida a cirurgia eletiva, seja em regime de ambulatório ou internamento.

Comecei por acompanhar a enfermeira responsável pela cirurgia de ambulatório, na admissão das crianças e preparação pré-operatória.

Assisti ao acolhimento de um adolescente internado para ser submetido a Correção Cirúrgica de Hidrocelo. Encontrava-se ligeiramente ansioso apesar de tentar mostrar estar calmo. Foi feita colheita de dados para avaliação inicial e a validação dos conhecimentos acerca da patologia e da cirurgia, da qual soube explicar resumidamente o procedimento. Ainda assim foi explicado todo o processo desde a entrada no BO até ao momento em que estaria no recobro, na companhia de um dos pais, e que apresentaria o penso operatório e o catéter periférico com o soro em curso. A cirurgiã marcou o local a operar e posteriormente o adolescente ficou a aguardar ser chamado para o BO na sala de internamento de ambulatório, na companhia de ambos os pais. Foi também observado pela anestesista e pré-medicado.

Posteriormente tive oportunidade de acompanhar uma criança de 5 anos quando foi transferida para o BO, despedindo-se da mãe na entrada do mesmo, indo na companhia da enfermeira de anestesia. Apesar de não ter conseguido presenciar a indução anestésica dessa criança, tive oportunidade de o fazer com outra criança de 4 anos. Esta foi acompanhada até à sala pela enfermeira, levando consigo a sua chucha e uma manta que era o seu objeto de ligação. Estava calmo apesar de desconfiado e aparentemente assustado. Foi-lhe permitido que ficasse com a sua chucha e o cobertor foi colocado na estufa para ser aquecido e colocado juntamente com a criança, no momento em que terminasse a cirurgia e este fosse transferido para o recobro, de modo a estar junto da criança quando esta acordasse. Para além desta criança, acompanhei também a indução anestésica de dois adolescentes, ambas sem intercorrências.

A indução anestésica é feita por máscara facial com Sevoflurano, sendo utilizadas algumas técnicas de distração, adequadas à faixa etária, para uma indução anestésica controlada e calma.

Tive oportunidade de assistir a cinco cirurgias (duas Circuncisões, uma Correção Cirúrgica de Hidrocelo, uma Excisão de quisto tiroglosso de grandes dimensões e uma Excisão de Sinus pilonidalis) e posteriormente de acompanhar o momento em que é retirada a anestesia e a criança acorda, é transferida para o recobro e é de imediato chamado um dos pais/acompanhante para ficar junto da criança.

Apesar de ter conseguido acompanhar a maioria das cirurgias do início ao fim, o propósito da minha passagem no BO foi observar de que forma é feita a promoção do papel parental neste contexto, em que os pais estão tão pouco presentes. Neste serviço é permitido aos pais que acompanhem a criança até à entrada do BO, e posteriormente no recobro logo depois da cirurgia. Porém, não é permitido aos pais estarem presentes durante a indução anestésica, que é um momento de stress para a criança e também para os próprios pais. A presença dos pais durante a indução anestésica (PPIA) é uma prática implementada noutros países, como medida de diminuição da ansiedade na criança e a promoção de uma indução anestésica sem intercorrências.

Tendo em conta que o Serviço de Cirurgia Pediátrica está neste momento em processo de acreditação e que um dos projetos que está em curso é a reformulação da Preparação Pré-operatória da criança e família, considero ser pertinente refletir acerca das vantagens e desvantagens da PPIA, como uma medida de redução da ansiedade na criança perante a cirurgia, no contexto da prestação de cuidados em parceria com os pais/família.

Para isso realizei uma breve pesquisa bibliográfica acerca desta prática, para poder compreender de que forma a sua implementação no referido serviço seria um contributo para o bem-estar da criança e a promoção do papel parental.

Presença dos Pais durante a Indução Anestésica (PPIA)

As crianças hospitalizadas experimentam eventos ameaçadores que provocam respostas que podem ser adaptativas ou ineficazes. A sua idade, temperamento, situação de vida e estado de saúde, são fatores que afetam a sua suscetibilidade ao ambiente, a resposta a certos estímulos e a sua capacidade de adaptação (ROMINO [et.al.], 2005).

Estudos realizados revelam que a indução anestésica é o evento mais stressante que a criança tem de enfrentar no período anterior a uma cirurgia (MESSERI [et.al], 2004).

São poucas as crianças que não colaboram durante a indução anestésica, exceto se estiverem ansiosas ou em stress. Nas crianças, o stress da hospitalização está relacionado, geralmente, com cinco medos: o medo da separação dos pais, do ambiente hospitalar que lhes é estranho, de procedimentos dolorosos, da cirurgia em si, e da anestesia. Em estudos realizados na década de 90, um terço das crianças foram consideradas como estando em stress durante a indução anestésica, com necessidade de contenção física em um quarto dessas crianças. Lidar com crianças que não colaboram pode ser um motivo de grande stress para a criança, os pais e os profissionais de saúde, porém ao aplicar os seus conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem, o enfermeiro, em especial o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESSIP) é capaz de ajudar a criança a ultrapassar estes medos, reduz a ansiedade e a recusa da criança na indução anestésica (TAN e MEAKIN, 2010; ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

As crianças têm um risco acrescido de resposta ineficaz à indução anestésica, devido às mudanças inerentes ao desenvolvimento:

- Os lactentes com aproximadamente 6 meses de idade sentem a ansiedade da separação, pelo que geralmente reagem de forma negativa aos estranhos com quem interagem no hospital;
- Os toddlers e pré-escolares receiam a separação dos seus pais, assim como as pessoas que não lhes são familiares, como os profissionais do bloco operatório;
- Os pré-escolares frequentemente interpretam a cirurgia como um castigo, devido ao seu pensamento mágico que pode provocar medo da máscara anestésica ou outros elementos estranhos no ambiente cirúrgico ;
- Os adolescentes experimentam rápidas mudanças físicas, pelo que se preocupam com a sua aparência perante os outros e com a falta de privacidade durante a

hospitalização. Sentem também, frequentemente, ansiedade por medo de lesões que possam sofrer e da morte durante a cirurgia (ROMINO [et.al.], 2005).

O stress de uma indução atribulada pode conduzir a alterações de comportamento da criança no pós-operatório, tais como: ansiedade generalizada, enurese, choro noturno e birras. Estas alterações geralmente são transitórias mas podem durar até um ano. As crianças com idades compreendidas entre 1 e 4 anos apresentam um maior risco de indução anestésica atribulada, sendo mais incidentes as alterações de comportamento. Isso acontece provavelmente porque as crianças desta faixa etária não têm capacidade para compreender o que se passa, para além de apresentarem ansiedade da separação dos pais. Crianças com alterações psicológicas, do desenvolvimento ou de comportamento são também, geralmente, mais receosas e desconfiadas de estranhos, tornando a comunicação e interação mais difíceis. Estas crianças têm maior tendência para a agressividade e atitudes combativas durante a indução anestésica, e conseqüentemente com maior necessidade de medidas extremas de sedação, contenção física ou ambas. Assim, torna-se fundamental que os enfermeiros, em especial o EESIP saiba identificar as situações de risco para a criança, capacitando a criança e família para a adoção de estratégias de coping e adaptação, reduzindo as complicações da indução anestésica nestes grupos mais vulneráveis (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Para tratar a ansiedade no pré-operatório e reduzir estas alterações comportamentais podem ser utilizados em combinação métodos farmacológicos através da pré-medicação, e métodos comportamentais como a preparação psicológica e a presença dos pais durante a indução anestésica (TAN e MEAKIN, 2010; MESSERI [et.al], 2004; CHAN e MOLASSIOTIS, 2002).

MESSERI [et.al] (2004), concluíram no seu estudo que os fatores que determinam uma resposta de menor stress na criança durante a indução anestésica são: a presença da mãe, baixo nível de ansiedade nos pais e a idade das próprias crianças. Estas são mais propensas a ter respostas adaptativas do que ineficazes a eventos stressantes, se as pessoas envolvidas no seu cuidado estiverem calmas e prestarem o apoio de que necessitam (ROMINO [et.al.], 2005).

O cuidado centrado na família é um dos desenvolvimentos mais importantes na pediatria, sendo nesse contexto reconhecida a importância da presença dos pais durante a hospitalização e nos procedimentos invasivos, tais como a indução anestésica (KAIN [et.al], 2009).

As respostas da criança à ansiedade podem resultar numa indução anestésica atribulada, aumentando o risco de apneia, laringospasmo e efeitos psicológicos de longo termo, pelo que os enfermeiros devem identificar medidas eficazes de controlo de ansiedade. A presença de um membro da família de confiança durante esse momento pode reduzir os efeitos da separação, ajudar a aliviar o medo e os sentimentos de ansiedade, diminuindo por vezes a quantidade de pré-medicação necessária, especialmente nas crianças em idade pré-escolar (ROMINO [et.al.], 2005; CHAN e MOLASSIOTIS, 2002). Talvez por isso a PPIA seja uma prática que tem aumentado ao longo da última década (TAN e MEAKIN, 2010).

No Reino Unido, os pais geralmente são convidados a acompanhar a criança durante a indução anestésica de forma a eliminar a ansiedade de separação, porém, os benefícios desta prática têm sido colocados em causa. Estudos recentes concluíram que a presença dos pais não reduz a ansiedade da criança, ou a alteração de comportamento no pós-operatório. Outros refutam a prática da PPIA alegando que não há vantagem, tendo em conta o stress que é imposto aos pais, a resposta imprevisível que podem ter perante a situação, a logística de ter de movimentar os pais para dentro e fora do Bloco operatório, e o potencial desvio de atenção do anestesista para os pais ansiosos ou agressivos. Além disso, há estudos que demonstram que a presença dos pais pode, por vezes, aumentar a ansiedade da criança, tendo em conta que pais ansiosos podem projetar a sua própria ansiedade na mesma (TAN e MEAKIN, 2010; CHAN e MOLASSIOTIS, 2002).

Mas apesar de a PPIA ser uma questão controversa (CHAN e MOLASSIOTIS, 2002), por não haver dados suficientes que demonstrem benefícios consistentes na ansiedade da criança ou dos pais, esta prática é, muitas vezes, utilizada em resposta à mudança de paradigma para os cuidados centrados na família e os cuidados em parceria com os pais, tendo em consideração as suas preferências (KAIN [et.al.], 2009).

De acordo com TOURIGNY [et.al.] (2005) os pais das crianças hospitalizadas têm necessidades específicas, nomeadamente no que diz que respeito à sua influência sobre a situação e participação dos cuidados ao seu filho. Alguns estudos existentes revelam que os pais desejam ter um papel mais ativo com a criança durante a hospitalização, mas a sua conduta quando a criança está internada não reflete esse desejo. Assim, é importante que os profissionais de saúde investiguem as crenças dos pais acerca da sua participação nos cuidados, de forma a identificar quais as intervenções necessárias para lhes prestar suporte, promovendo esse envolvimento.

Estudos da década de 90 citados por TAN e MEAKIN (2010) demonstram que os pais preferem estar presentes durante a indução anestésica e acreditam que a sua presença é benéfica para a criança e para o anestesista. Um estudo recente, referido pelos mesmos autores, revela que apesar da presença dos pais não acrescentar benefício para a criança, aumenta a satisfação dos pais relativamente ao processo de separação e ao funcionamento do hospital. Também SMITH e DEARMUN (2006) reforçam que os pais demonstram uma maior satisfação com os serviços prestados quando o acompanhamento durante a indução anestésica é permitido. Assim, em contexto de peri-operatório, apesar dos efeitos ambíguos na ansiedade da criança, permitir que os pais estejam presentes durante a indução anestésica aumenta a satisfação dos mesmos relativamente aos cuidados prestados, uma variável importante da filosofia de cuidados centrados na família (KAIN [et.al], 2009).

MESSERI [et.al] (2004) concluíram no seu estudo que apesar de alguns pais não serem capazes de ajudar e apoiar a criança, já que eles próprios estão muito envolvidos emocionalmente na situação, a maioria tem consciência da importância do seu papel durante um momento de stress da criança e são capazes de reprimir a sua própria ansiedade até ao momento em que esta fica inconsciente.

Os pais experimentam grande stress durante a separação da criança no início da cirurgia, quer estejam ou não presentes na indução anestésica, porém, prepará-los e permitir que estejam presentes nesse momento pode diminuir essa ansiedade (ROMINO [et.al.], 2005).

Para TAN e MEAKIN (2010) a decisão de permitir que os pais estejam presentes depende de fatores parentais e da criança, protocolos institucionais, e a preferência do anestesista. Alguns pais podem estar tão nervosos que recusam o convite de acompanhar os filhos, ao mesmo tempo que pais muito ansiosos podem ser desencorajados de o fazer. Nesse caso, outro membro da família poderá substituí-los. Os mesmos autores consideram que no caso de crianças com peso inferior a 5 kg, crianças com via aérea potencialmente difícil, crianças em estado grave, e crianças que necessitem de uma indução anestésica especialmente rápida, os pais devem ser desencorajados a assistir à indução anestésica. Visto que nem todas as crianças beneficiam da PPIA, a decisão deve ser tomada perante cada caso individual, baseada na avaliação pré-operatória (ROMINO [et.al.], 2005).

Se os pais estiverem devidamente informados e calmos, podem ser um benefício para a criança, pelo que, de acordo com vários autores citados por SMITH e DEARMUN

(2006), pelo menos um dos pais deve ser encorajado, mas não forçado, a acompanhar a criança durante a indução anestésica. É importante que os enfermeiros permitam a presença dos pais se estes assim o quiserem, preparando-os devidamente, porém estes não devem ser pressionados se não tiverem essa vontade ou estiverem ansiosos (ROMINO [et.al.], 2005). O enfermeiro, em especial o EESIP deve por isso demonstrar competências para negociar a participação dos pais no processo de cuidar, em especial no momento anterior à cirurgia, rumo ao bem-estar da criança (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). CHAN e MOLASSIOTIS (2002) salientam ainda que é necessário haver espaço suficiente para acomodar o familiar, enquanto é mantido o ambiente seguro necessário para os profissionais de saúde realizarem o seu trabalho.

A PPIA tem o potencial de promover a adaptação por facilitar uma indução suave na criança. Perante a indução anestésica, a presença de um familiar devidamente preparado pode ser um estímulo positivo por promover o sentimento de segurança e calma na criança, naquele contexto, ajudando-a a compreender que não está sozinha (ROMINO [et.al.], 2005). Assim, um programa educativo para os pais é útil na redução da sua ansiedade e promove um maior nível de satisfação com os cuidados prestados, sendo que níveis mais baixos de ansiedade estão relacionados com níveis mais elevados de satisfação (CHAN e MOLASSIOTIS, 2002).

Um programa educacional acerca do papel dos pais e das suas expectativas relativamente à sua presença durante a indução anestésica da criança é eficaz na redução da ansiedade parental e aumento da sua satisfação com os cuidados recebidos. Através deste tipo de programas, o EESIP pode proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão do processo cirúrgico (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Os pais sentem-se assim capacitados e confortáveis ao saber aquilo por que o seu filho passou e que desempenharam um papel importante de apoio e conforto à criança. Porém, tal como citam outros autores, é necessário ter em conta a diversidade cultural, social e ética, utilizando estratégias motivadoras e técnicas de comunicação culturalmente sensíveis, quando se utilizam estes programas (CHAN e MOLASSIOTIS, 2002; ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Os pais dependem da equipa cirúrgica e anestésica para a devida preparação, bem como para a vigilância no cuidado à criança. A investigação indica que a PPIA pode ser benéfica tanto para a criança como para os pais, através da promoção de uma resposta

efetiva à indução anestésica, desde que os pais estejam efetivamente preparados para essa experiência (ROMINO [et.al.], 2005).

ROMINO [et.al.] (2005) referem vários estudos que comprovam a importância de planejar cuidadosamente e coordenar o ensino para a preparação dos pais. Vários métodos para diminuir a ansiedade dos mesmos, e aumentar a sua satisfação com os cuidados, são sugeridos nesses estudos:

- Incluir uma avaliação da ansiedade dos pais nas rotinas pré-operatórias, bem como da criança, desenvolvendo posteriormente um plano de cuidados apropriado para cada um dos pais;
- O visionamento de um filme acerca da indução anestésica pode reduzir a ansiedade dos pais e ajudá-los a preparar e apoiar a criança, diminuindo assim os efeitos de longa duração do trauma da cirurgia. Este método requer pouco equipamento e tem custos reduzidos;
- Um programa educativo em que seja utilizado um folheto informativo em conjunto com instruções orais detalhadas, também se mostrou bastante eficaz.

A PPIA surge assim como um fator importante para os pais, sendo fundamental que os profissionais de saúde, em especial o EESIP, prestem cuidados que promovam a confiança de que necessitam através da implementação e gestão, em parceria, de um plano de cuidados promotor da parentalidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Essa prestação de cuidados centrada na família, neste caso nos pais, ganha especial importância na cirurgia de ambulatório, visto que a responsabilidade de cuidados à criança passa rapidamente dos profissionais de saúde para os pais, implicando assim um maior envolvimento destes últimos em todo o processo (GIDMAN [et.al.], 2007).

Conclusão

De acordo com a revisão bibliográfica efetuada, posso concluir que a PPIA é uma prática controversa. É considerada por alguns autores como sendo benéfica para a criança, diminuindo o seu nível de ansiedade face à cirurgia, através de um sentimento de segurança dado pela presença de um dos pais. Outros autores consideram que não há dados suficientes que suportem as vantagens desta prática para a criança, chegando mesmo a ser considerada prejudicial para a mesma se os pais se encontrarem demasiado ansiosos e mal preparados. Porém, a maioria dos estudos consultados comprova que

para os pais, esta prática representa uma maior segurança e satisfação nos cuidados prestados à criança, promovendo assim a parceria com os profissionais de saúde e uma prática de cuidados centrados na família.

Os enfermeiros têm uma oportunidade única de influenciar a satisfação da criança e dos pais acerca da experiência cirúrgica quando os preparam para esse momento. Estes devem estar informados acerca dos benefícios da PPIA e das técnicas de preparação pré-operatória (ROMINO [et.al.], 2005).

Cabe aos enfermeiros e restantes profissionais da equipa cirúrgica e anestésica preparar os pais devidamente para que estejam em condições de acompanhar a criança durante a indução anestésica, diminuindo os seus níveis de stress relativo ao ambiente do bloco operatório. Para esse efeito são sugeridas diferentes metodologias, que devem ser consideradas por cada equipa de acordo com o contexto do serviço.

É importante ainda salvaguardar que cada família é única e diferente das outras, pelo que cada caso deve ser avaliado individualmente, não devendo nunca os pais serem forçados a estar presentes.

Como em qualquer outra mudança, mudar as práticas para permitir a PPIA, pode implicar dificuldades entre os profissionais de saúde, porém, essas podem ser minimizadas ou eliminadas se os profissionais forem envolvidos ativamente na mudança (ROMINO [et.al.], 2005), sendo que o EESIP tem um papel fundamental na mudança de mentalidades e práticas para a promoção do bem-estar da criança e da parentalidade.

Referências Bibliográficas

- TAN, Lena; MEAKIN, George H. – **Anaesthesia for the uncooperative child.** Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, 2010. Vol. 10, n.º 2. Oxford University Press, British Journal of Anaesthesia. <doi:10.1093/bjaceaccp/mkq003>
- KAIN, Zeev N.; MACLAREN, Jill; WEINBERG, Megan; HUSZTI, Heather; ANDERSON, Cynthia; MAYES, Linda – **How many parents should we let into the operating room?.** Pediatric Anesthesia, 2009. 19. Blackwell Publishing Ltd. p. 244-249. <doi:10.1111/j.1460-9592.2008.02889.x>

- GIDMAN, Wendy; ELLIOTT, Rachel; PAYNE, Katherine; MEAKIN, George; MOORE, Julia – **A comparison of parents and pediatric anesthesiologists' preferences for attributes of child daycare surgery: a discrete choice experiment.** *Pediatric Anesthesia*, 2007. 17. p. 1043-1052. Blackwell Publishing Ltd, 2007. <doi:10.1111/j.1460-9592.2007.02271.x>
- SMITH, Joanna; DEARMUN, Annette – **Improving care for children requiring surgery and their families.** *Paediatric Nursing*. Vol. 18, n.º 9. 2006. p. 30-33
- TOURIGNY, Jocelyne; CHAPADOS, Clarie; PINEAULT, Raynald – **Determinants of parental behaviour when children undergo day-care surgery.** *Journal of Advanced Nursing*. N.º 52 (5). Blackwell Publishing Ltd, 2005. p. 490-497
- ROMINO, Stacy L.; KEATLEY, Virginia M.; SECREST, Janet; GOOD, Kelly – **Parental presence during anesthesia induction in children.** *AORN Journal*, 2005. Vol. 81, n.º 4. p. 780-792
- MESSERI, Andrea; CAPRILLI, Simona; BUSONI, Paolo – **Anesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parents's presence.** *Paediatric Anaesthesia*, 2004. n.º 14. Blackwell Science Ltd. p. 551-556
- CHAN, Conny S. M.; MOLASSIOTIS, Alexander - **The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit.** *Paediatric Anaesthesia*, 2002. n.º 12. Blackwell Science Ltd. p. 131-139
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.** Lisboa: OE (2010).