



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**CUIDAR EM PARCERIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DO EMPOWERMENT PARENTAL**

**CARE IN PARTNERSHIP: INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN THE PROMOTION OF PARENTAL EMPOWERMENT**

Por

Marta Filipa Silvana Félix

Lisboa, 2019





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**CUIDAR EM PARCERIA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DO EMPOWERMENT PARENTAL**

**CARE IN PARTNERSHIP: INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN THE PROMOTION OF PARENTAL EMPOWERMENT**

Por

Marta Filipa Silvana Félix

Sob orientação da Prof. Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, 2019



“Sou um pouco de todos que conheci, um pouco dos lugares que fui, um pouco das saudades que deixei e sou muito das coisas que gostei.”

(Antoine de Saint-Exupéry)



*A ti, mãe...  
Que vives eternamente na minha saudade e pensamento.*



## **Agradeço...**

Ao meu **Daniel**, que durante esta caminhada foi o meu braço direito. Agradeço-lhe por todo o amor, paciência, compreensão e coragem. Pelo constante incentivo neste percurso profissional, e por ser o meu companheiro nesta luta.

À minha querida **avó**, ao meu **pai** e **irmão** pelo apoio incondicional.

À **Mila**, ao **Tony** e ao **Fábio** pelo carinho e força que transmitiram desde o início deste percurso.

Às companheiras desta viagem, e amigas, **Joana** e **Joana**, por me incentivarem a saltar para dentro deste barco e pelos momentos de partilha.

À Professora **Elisabete Nunes**, pelo seu enorme contributo, dedicação, humanismo e disponibilidade.

Às enfermeiras **Catarina**, **Cláudia**, **Érica** e **Marina**, que me orientaram neste percurso, pela sua generosidade, disponibilidade e exemplo de profissionalismo.

Às minhas colegas de trabalho, pela compreensão e apoio em todo este percurso.

A todas as crianças e famílias, que foram a peça-chave para esta caminhada.

*A todos, o mais puro e terno **OBRIGADA!***



## RESUMO

O presente relatório expõe todo o trajeto realizado ao longo do estágio no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. A temática central do mesmo reporta-se à Parceria de Cuidados, incidindo sobre a relevância de um cuidar pautado pela maximização da saúde da criança, transferindo aos pais o poder de se capacitarem para o concretizar e estabelecer uma parceria eficaz entre pais e enfermeiros. Pelo exposto, a fim de consolidar cada passo deste longo caminho, estiveram os contributos de duas autoras que foram a peça-chave para o seu desenvolvimento: Anne Casey e Maria Goreti Mendes. No modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey, esta identifica os pais como o maior e melhor suporte nos cuidados prestados à criança, valorizando-os como um contributo necessário para a prestação de cuidados de excelência. Já o modelo explicativo e orientador da (re)construção da parceria de cuidados em pediatria (MRPCP) de Maria Goreti Mendes em “um novo olhar sobre a parceria de cuidados em pediatria”, remete para a prestação de cuidados em parceria na prática hospitalar, onde a autora pretendeu explorar como é que os enfermeiros de pediatria percecionam o processo de cuidar em parceria e como o colocam em prática de acordo com as circunstâncias que os rodeiam.

A escolha do tema “*Cuidar em Parceria: Intervenção do enfermeiro especialista na promoção do empowerment parental*”, partiu da noção da existência de transformações na prestação de cuidados em Enfermagem, incentivadas pelas tendências sociais, económicas e culturais que nos deparamos hoje. No entanto, estas mutações são escoltadas por outras realidades que impõem um reajuste no cuidar em Enfermagem direcionado para a parceria. O cuidar em parceria, incluindo a família nos cuidados de forma a empoderar os pais e estabelecer uma parceria eficaz com o intuito de prestar cuidados pautados pela excelência à criança, não só ajuda na obtenção de melhores resultados, mas é também um fator da sua dignificação e cuidar holístico.

O recurso à mais recente tecnologia associada a uma organização e prestação de cuidados direcionados para a parceria, são inegavelmente um contributo necessário para a continuidade de cuidados à criança dentro do conforto do seu

seio familiar. Perante esta realidade, é de maior importância estimular os enfermeiros para trabalhar no sentido de desenvolver e melhorar a organização e planeamento dos cuidados e a sua formação contínua. Assim, é necessário despertar mentalidades, adequar os cuidados e direcionar a formação para esta tão recente realidade que vivemos.

Ao longo do percurso da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, foram delineadas e desenvolvidas diversas atividades relacionadas com a promoção da parceria de cuidados entre enfermeiros e pais/família, com vista à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Neste grupo, destaco o contributo que os folhetos e cartazes informativos realizados ofereceram para cada contexto de estágio, com o intuito de promover a parceria de cuidados através da transmissão de conhecimentos e desenvolvimento de competências. Não obstante, quero também destacar as formações realizadas para a equipa de Enfermagem que visam a construção de uma parceria entre enfermeiros e pais, a fim de promover esta temática. Foi também através da análise contínua ao longo dos campos de estágio, da reflexão crítica do meu percurso e experiências que foram adquiridas, que alcancei as competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Saúde Infantil e Pediátrica, assistindo a criança com a família, na maximização da sua saúde, em resposta às situações de especial complexidade e às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança.

**Palavras-chave:** Cuidar em parceria; Empoderamento Parental; Criança/Família; Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

## ABSTRACT

This work intends to present the entire path carried out during the Nursing Master's course internship in the Child and Pediatric Health specialization.

The thematic of this work is centralized on Care Partnership, focusing on the relevance of caring based on child's health maximization, transferring to parents the power to be able to achieve and establish an effective partnership between themselves and nurses. Along the path, this work was built based on the following models: Model of Care Partnership of Anne Casey which highlights parents as the greatest and best support in the caring provided to the child; Model of the (re)construction of the pediatric Care Partnership (MRPCP), "a new look on the pediatric care partnership" by Maria Goreti Mendes that points to Care Partnership services in hospital practices.

The choice of thematic "Care in partnership: intervention of the specialist nurse in the promotion of parental empowerment", started from the idea of the existence of changes in Nursing Care services, mainly stimulated by the social, cultural and economic trend that we face today. However, these changes are caused by different realities that imply a readjustment in Nursing care services oriented to partnership.

Care Partnership, aims to include families on caring services, empowering those to establish an effective partnership with the objective of providing the best possible care to the child, not only helping to achieve better results but also as an important factor of their parenting dignification and holistic care.

The use of most recent technology combined with organization and caring services towards partnership, are undeniably a contribution necessary to the continuation of child's caring within their own family.

Given this situation, it is of majority importance to stimulate nurses to work in a way of developing and improving the organization and correspondent planning on caring services and their own continuous training on this subject. This said, it is necessary to change mentalities adapting caring services to this recent reality we live in.

During Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, several activities related with the promotion of Care Partnership between family and nurses were outlined and developed with the goal of acquiring Specialist Nurse in pediatric health skills. Within this group of activities, I would like to highlight the contribution of leaflets and posters that were done for each internship context, with the main goal of promoting care services through transfer of knowledge and development of new skills.

Nevertheless, I would also like to highlight the training performed to the nursing teams that aim the construction of a partnership between nurses and family, with of course, the objective of promoting this thematic. It was also through the continuous analysis during the internship and critical reflection of my own path that I have achieved the skills of Specialist Nurse in pediatric health, helping parents to maximize their child's health in situations of extreme complexity.

**Keywords:** Care in partnership; Parental Empowerment; Child/Family; Pediatric Nurse

## **ABREVIATURAS**

ed. - edição

Enf.º - Enfermeiro

Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira

*et al.* - e outros

p.e. - por exemplo

n.º - número

p. - página

vol. – volume

## **SIGLAS**

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

MC – Método de Canguru

MRPCP – Modelo para a (re)construção da parceria de cuidados em pediatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

PICo - População, fenómeno de Interesse e Contexto

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESIP - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USF – Unidade de Saúde Familiar



## Índice

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. ANTES DA PRÁTICA, A TEORIA.....	21
2.1. Parceria de Cuidados.....	21
2.2. Revisão Sistemática da Literatura: <b>As intervenções de enfermagem promotoras do empowerment parental no cuidar da criança com doença crónica</b> .....	28
3. O CAMINHO PERCORRIDO .....	41
3.1. Cuidados de Saúde Primários.....	41
3.2. Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais .....	46
3.3. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).....	52
3.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	56
4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	65
5. CONCLUSÃO .....	73
6. BIBLIOGRAFIA.....	77
Apêndices .....	87
Apêndice I – Fluxograma Prisma da RSL: As intervenções de enfermagem promotoras do empowerment parental no cuidar da criança com doença crónica .....	89
Apêndice II - Cartão-postal: Plagiocefalia e Braquicefalia postural .....	93
Apêndice III - Cartão-postal: medidas de conforto na vacinação .....	97
Apêndice IV - Cartaz informativo: Sem hesitar, vamos vacinar... e vamos esperar! ....	101
Apêndice V – Sessão de Formação: “Obesidade, o resultado do desequilíbrio alimentar” .....	105
Apêndice VI – Recompensas oferecidas na vacinação.....	135
Apêndice VII – Reflexão crítica do estágio da Unidade Curricular: A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica.....	139
Apêndice VIII – Livro de bolso: O meu filho tem um estoma.....	155
Apêndice IX – Livro de bolso: Cuidados à Gastrostomia .....	167
Apêndice X – Procedimento Setorial da UCERN: “DO HOSPITAL PARA CASA – O Enfº de Referência na transição de cuidados para o domicílio” .....	179
Apêndice XI – Sessão de Formação: “Os pais, como nossos parceiros” .....	189
Apêndice XII – Folheto: “Na Sala de tratamentos, os pais como nossos parceiros” ....	217
Apêndice XIII – Cartaz informativo: “Pais, estão preparados?” .....	221
Apêndice XIV – Projeto do Método de Canguru: “From Tummy do Mummy” .....	225
Apêndice XV – Folheto: Método de Canguru.....	237
Apêndice XVI – Sessão de Formação: “From Tummy to Mummy” .....	241
Apêndice XVII – Resultados da auditoria realizada na UCIN: Método de Canguru .....	271

Anexos.....	283
Anexo I – Declaração de publicação do Poster científico: “Os benefícios da intervenção de Enfermagem para a promoção da parentalidade no cuidar da criança com doença crónica” .....	285
Anexo II – Certificado de presença nas 11as Jornadas da Família .....	289

## 1. INTRODUÇÃO

As crianças estão em constante desenvolvimento e carecem de cuidados especializados e adequados tendo em conta cada fase de crescimento e a cada etapa de desenvolvimento. Como tal, dar continuidade à formação pessoal e profissional destaca-se pela aquisição de novos conhecimentos e competências, pelo crescimento intelectual e pelo trabalho contínuo a fim de prestar cuidados de excelência em Enfermagem.

Este relatório foi construído a partir do caminho desenvolvido ao longo dos vários contextos de estágio, sendo eles: Cuidados de Saúde Primários, Internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica e Neonatologia, que contemplou situações únicas e singulares que vivenciei e que me dotaram de conhecimentos necessários para a construção esta obra. Abordo diversas situações particulares experienciadas ao longo deste percurso, estratégias delineadas, dificuldades superadas, implicações para a minha prática profissional e oportunidades de aprendizagem de intervenção direcionada para o cuidar em parceria. Não obstante, este relatório visa também descrever objetivos, atividades e competências que se preconizaram a fim de serem alcançadas durante o período de estágio, procura também fundamentar a sua implementação segundo o diagnóstico de situação observado a partir das necessidades encontradas em cada contexto de estágio, orientando sempre para a temática que foi o fio condutor deste relatório, a Parceria de Cuidados.

Para o EESIP, “a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família é o alvo do cuidar” (RCEEEESIP, 2018, p. 19192), pelo que a pertinência em trabalhar esta temática prende-se com o facto do enfermeiro especialista ter a capacidade de “estabelecer uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.” (RCEEEESIP, 2018, p. 19192). Assim, é fundamental que o EESIP seja capaz de estabelecer uma parceria no cuidar, onde o enfermeiro deve investir numa relação interpessoal com os pais de modo a estabelecer uma parceria efetiva.

Ao longo desta obra, pretendo não só fundamentar a teoria que serviu de base para o Relatório ser construído, através de todo o enquadramento teórico e da Revisão Sistemática da Literatura que reforça a base em que este trabalho está alicerçado, mas pretendo também divulgar toda a evolução, quer profissional, quer pessoal, que cada contexto de estágio me permitiu atingir.

O percurso da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, que deu origem à obra apresentada, desenvolveu-se nos quatro campos distintos referidos à priori, no que concerne a prestação de cuidados à criança e sua família. É importante referir que o todo percurso desenvolvido teve lugar na região da Grande Lisboa, no ano de 2018. O contexto de estágio desenvolvido no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários decorreu entre 30 de Abril e 15 de Junho, numa Unidade de Saúde Familiar de um Agrupamento de Centros de Saúde, o estágio referente ao Internamento decorreu entre o dia 3 de Setembro e o dia 12 de Outubro, numa Unidade de Internamento de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais, já o estágio de Urgência Pediátrica foi realizado durante o período entre 15 de Outubro a 16 de Novembro, num Serviço de Urgência de Pediatria e, por último, o estágio referente ao contexto de Neonatologia, decorreu entre 19 de Novembro a 19 de Dezembro de 2018, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Para a organização e estruturação deste trabalho, este encontra-se dividido em quatro capítulos, sendo eles: a introdução, o enquadramento teórico suportado pelo modelo de Anne Casey e também pelo contributo de Maria Goreti Mendes, a descrição de todo o caminho percorrido, descrevendo todos os objetivos definidos para cada contexto de estágio, bem como as atividades desenvolvidas e, posteriormente, as competências de EESIP adquiridas e, finalmente, o último capítulo é contemplado pela conclusão deste Relatório.

## 2. ANTES DA PRÁTICA, A TEORIA...

Neste capítulo, é abordada a base teórica que deu estrutura ao presente relatório e que orientou todo o processo de aquisição de conhecimentos e competências ao longo do estágio. É apresentado o referencial teórico que conduziu todo o meu percurso, o Modelo da Parceria de Cuidados desenvolvido por Anne Casey, incluindo também o contributo de Maria Goreti Mendes com “um novo olhar sobre a parceria de cuidados em pediatria”, através do modelo explicativo e orientador da (re)construção da parceria de cuidados em pediatria (MRPCP), que foi também o fio condutor deste Relatório. De seguida, exponho a revisão sistemática da literatura elaborada no decorrer do curso que assenta na teoria apresentada: *As intervenções de enfermagem promotoras do empowerment parental no cuidar da criança com doença crónica*, cujos resultados foram transferidos para a prática de cuidados durante o estágio.

### 2.1. Parceria de Cuidados

A importância da participação dos pais na prestação de cuidados aos seus filhos tem sido reconhecida ao longo dos anos por diversos autores.

Para a pioneira do Modelo da Parceria de Cuidados, Anne Casey, o princípio basilar deste modelo assenta na ideia que são os pais os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos, pois são eles os detentores de sentimentos como a proteção, o estímulo e o amor, que elevam a qualidade dos cuidados prestados à criança (Casey, 1993).

O EESIP é o principal vetor para a capacitação da família no cuidar da criança, através da promoção de ensino e apoio, respeitando e reconhecendo a família no planeamento dos cuidados à criança. Corroborando esta ideia, a Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2015) caracteriza a relação terapêutica como a “parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (p. 10087) e refere ainda que nas intervenções de Enfermagem, não só a criança, mas igualmente a sua família são alvo de planeamento de cuidados.

Na continuidade deste pensamento, o Modelo de Parceria de Cuidados de Casey abrange cinco conceitos-chave: **a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro**.

A autora refere que, desde o seu nascimento, a **criança** estará sempre dependente de terceiros para suprir as suas necessidades até ao momento da sua independência total. Para que esta independência ocorra, é necessário adquirir e desenvolver competências e conhecimentos de forma lenta e gradual. Até lá, a criança necessita do apoio dos pais/família a fim de satisfazer as suas necessidades.

A **saúde** é um estado ótimo de bem-estar físico e mental que permite que a criança alcance todo o seu potencial. A presença de um défice na saúde pode comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança.

Para que o desenvolvimento da criança seja alcançado de forma segura e linear até à sua independência, é necessário um **ambiente** provido de proteção, segurança, estímulo e amor, pois o crescimento da criança pode também ser afetado pelo ambiente que a rodeia.

A autora descreve a **família** como o conjunto de pessoas detentoras do compromisso pela prestação de cuidados à criança, não excluindo a influência de outros membros para além dos pais.

O papel do **enfermeiro** é a supervisão de cuidados, permitindo que sejam os pais a prestar os cuidados que satisfazem as necessidades humanas básicas da criança. O enfermeiro deve apenas prestar cuidados mais técnicos e especializados, mas deverá interferir se a família não tiver competência para prestar cuidados com autonomia e segurança. Contudo, o papel do enfermeiro deve ser complementado com o papel dos pais, tendo como principal objetivo o excelente bem-estar da criança. É certo que o enfermeiro deve permitir e estimular a família a participar nos cuidados e no planeamento dos mesmos, sempre com a sua supervisão, no entanto, a segurança e autonomia nos cuidados varia de família para família. É o enfermeiro quem deve avaliar o nível de capacidade dos pais para a participação dos cuidados à criança e negociar com eles a sua envolvimento.

Da intervenção de enfermagem direcionada para a promoção de competências parentais advêm resultados benéficos para a díade criança e família, tais como a aquisição de conhecimentos e de habilidades fundamentais para a prestação de cuidados à criança e, como consequência, a consolidação a relação entre pais e filhos. Os pais ao serem reconhecidos como sendo os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos necessitam, em conjunto com o enfermeiro, de desenvolver competências educacionais, emocionais, comunicacionais e de trabalho em equipa. É através da formação que o enfermeiro norteia os pais na prestação de cuidados à criança, transmitindo conhecimentos e práticas que proporcionam a aprendizagem e a aquisição de competências por parte dos pais (Farrel, 1994).

Casey (1993), afirma que com a finalidade de satisfazer plenamente as necessidades da criança, o enfermeiro presta também cuidados à sua família. O modelo de Parceria de Cuidados remete ainda para o desenvolvimento de competências parentais a nível físico, social e emocional, assumindo que os pais são parceiros no cuidar e reconhecendo aos mesmos o direito de decidir sobre o que é importante para o seu filho e seio familiar.

A fim de facilitar este conceito do cuidar em parceria, Casey (1993) refere dois elementos-chave: **Cuidados centrados na criança e família e negociação de cuidados.**

Relativamente os **cuidados centrados na família**, a autora define como o empoderamento dos pais e criança, através da transmissão de conhecimentos e competências, para a tomada de decisão durante a prestação de cuidados. Já no que concerne à **negociação de cuidados**, Casey (1993), considera que são nada mais que uma relação terapêutica entre pais e enfermeiro, sustentada pelo respeito e confiança. Afirma ainda que este processo de negociação remete à organização de cuidados e planeamento dos mesmos de forma conjunta, tendo sempre em conta o nível de competência e apetência de ambos.

Não obstante, Casey refere ainda outros fatores adicionais que influenciam a parceria de cuidados, sendo eles: **a relação de parceria entre o enfermeiro e os pais, a cultura organizacional e o método de organização de trabalho de Enfermagem.**

Ao referenciar o cuidar em parceria, a **relação de parceria entre o enfermeiro e os pais** tem que estar paralela aos cuidados prestados e o enfermeiro terá que trabalhar neste sentido, transmitindo conhecimentos e desenvolvendo competências parentais. Este é, sem dúvida, um fator determinante para o sucesso da parceria nos cuidados.

Os enfermeiros que prestam cuidados no sentido de promover a parceria com os pais são, inevitavelmente, uma referência para os seus pares, uma vez que desempenham, muitas vezes, um papel-chave na promoção da mudança na **cultura organizacional**, na medida em que podem incentivar e transformar valores e normas que promovem esta máxima que é o cuidar em parceria.

A autora defende ainda que é essencial a existência de um enfermeiro de referência para a criança e sua família no **método de organização de trabalho de Enfermagem**. O enfermeiro de referência tem o papel preponderante de estabelecer uma relação de confiança, influenciando, assim, o cuidar em parceria (Casey, 1993).

É importante reconhecer que cada família é individual e os cuidados deverão ser planeados de forma diferenciada, de acordo com as suas necessidades e complexidade. Desta forma, o enfermeiro está encarregue de iniciar o quanto antes o processo de negociação, a fim de integrar os pais nos cuidados à criança, partilhando conhecimentos e informação necessária, tomando decisões em conjunto e, assim, formando uma relação de parceria, como referido por Anne Casey (1993).

Contudo, apesar de ser reconhecido pelos Enfermeiros o impacto positivo que a parceria de cuidados tem para a saúde e bem-estar da criança e sua família, denota-se que na prestação direta de cuidados à criança, o cuidar em parceria não constitui parte integrante das práticas dos enfermeiros, pelo que Maria Goreti Mendes (2013) sentiu-se desafiada a realizar um novo estudo sobre esta problemática. Mendes (2013), realizou um estudo de cariz qualitativo com o intuito de compreender a natureza da parceria de cuidados desenvolvida entre os enfermeiros e os pais numa unidade de pediatria. Perante a sua análise, a autora revelou que, na realidade, a prática de cuidados em pediatria não reflete todo o conhecimento científico sobre a parceria de cuidados.

Mendes (2013), ao longo do seu estudo, observou as práticas, as atitudes e os comportamentos que resultaram da interação dos enfermeiros com os pais tal como ocorriam na prestação direta de cuidados à criança. A autora identificou diversas fragilidades perante o processo negocial e também no contexto das interações entre enfermeiros e pais, nomeadamente nas **(in)habilidades de comunicação e de relação interpessoal, (in)definição clara de papéis e (as)simetria de poder na relação.**

A literatura enfatiza que o processo negocial é fundamental para o desenvolvimento da parceria de cuidados. Para Reeves, Timmons e Dampier (2006) a negociação não é mais que um acordo entre pais e enfermeiros, que visa estabelecer quais os cuidados a prestarem e qual o nível de envolvimento de cada um. Ou seja, podemos afirmar que a negociação é, assim, o processo que estabelece um compromisso entre as duas partes.

Mendes (2013), refere que este processo negocial, não foi totalmente aplicado na prestação direta de cuidados dos enfermeiros que observou ao longo do seu estudo. A autora revelou várias situações que na prática revelam **(in)habilidades de comunicação e de relação interpessoal**, nomeadamente durante o acolhimento da díade na Unidade, na falta de empatia e compreensão empática para com os pais em sofrimento pela situação clínica da criança e na falta de disponibilidade para partilhar experiências e conhecimentos que são determinantes para o estabelecimento de uma parceria efetiva. Para esta problemática a autora sugere que o enfermeiro deve aprender a transmitir expressões verbais e não verbais que demonstrem interesse na relação com os pais, bem como sensibilidade e respeito pelos mesmos, de forma a partilhar experiências e clarificar as necessidades adjacentes ao internamento da criança, com o intuito de estabelecer uma comunicação eficaz entre pais e enfermeiros. Perante a **(in)definição de papéis**, Mendes (2013) refere haver uma lacuna na clarificação do papel dos pais no internamento da criança. A autora refere que durante a sua observação denotou que os cuidados mais simples, como os cuidados de higiene e conforto, alimentação, avaliação de temperatura, promoção da segurança e entretenimento da criança, são atribuídos aos pais como uma obrigatoriedade parental, com o intuito de dar resposta às suas responsabilidades parentais e não às suas responsabilidades como parceiros de

cuidados, o qual requeria à partida uma negociação de papéis. Constatou-se ainda que, apesar de estes cuidados serem considerados simples, o facto de serem prestados durante o internamento do filho, torna-os mais complexos para os pais que, por sua vez, já estão a vivenciar um momento assustador. Para a autora, é fundamental a clarificação de papeis na prestação de cuidados e sugere que a equipa de enfermagem deve estimular os pais a assumir o papel de parceiros nos cuidados, reconhecendo-os como membros de equipa, o que, por sua vez, estabelece um maior envolvimento na preparação e organização de cuidados. Mendes (2013), refere ainda existir uma **(as)simetria de poder na relação**, pelo notório domínio imposto pelos enfermeiros, não só na relação com os pais, mas também na imposição de regras a ser cumpridas por estes. Durante a hospitalização do filho, os pais encontram-se numa posição de maior vulnerabilidade e dependência, pelo que o equilíbrio de poder entre os enfermeiros e os pais observou-se ser assimétrico, o que, segundo a autora, “obstaculiza a negociação e a autonomia dos pais” (p. 138). Mas, ainda neste contexto, Mendes (2013), sugere que deve haver partilha de poder, de conhecimentos e experiências, da qual resulta o enriquecimento da relação. Para que tal seja possível, o enfermeiro deve reconhecer e valorizar as experiências vivenciadas pelos pais e também as suas capacidades e habilidades a fim de permitir seja estabelecida uma relação de parceria.

Em síntese, Mendes (2013), com base na identificação das fragilidades observadas através da interação entre enfermeiros e pais, em contexto de prestação direta de cuidados à criança hospitalizada, definiu propostas que combatem estas fragilidades e potenciam a parceria de cuidados. Estas propostas assentam no desenvolvimento de habilidades de comunicação e de relação interpessoal, na definição clara de papéis e no uso de simetria de poder na relação e daí emergiu a necessidade de criar um novo “**modelo de (re)construção da parceria de cuidados em pediatria (MRPCP)**, a partir da reflexão das práticas em uso e desafiando a utilização do saber para um passar, do discurso à ação” (p. 161).

Este modelo foi construído a partir dos pressupostos que estão na base do desenvolvimento das práticas dos enfermeiros em parceria com os pais, na concetualização e organização dos cuidados, nas dificuldades e

constrangimentos ao desenvolvimento da parceria de cuidados, referidos pelos participantes do estudo, e ainda através da identificação de fragilidades no processo negocial descritas à priori. O MRPCP é sustentado pela negociação entre enfermeiros e pais que assenta num eixo desde a natureza da parceria até à parceria efetiva. Este eixo percorre cinco domínios, sendo eles: os pressupostos, organização dos cuidados, parceria, dificuldades e constrangimentos e concetualização e cada domínio está detalhado com subdomínios que se encontram representados por paralelos. Mendes (2013), com base nos cinco domínios e nas fragilidades observadas ao longo do seu estudo, estruturou este modelo incluindo propostas que potenciam a parceria de cuidados, sendo elas: desenvolvimento de habilidades de comunicação e de relação interpessoal, definição clara de papéis e estabelecer a simetria de poder na relação.

A implementação deste MRPCP na prática hospitalar é ainda bastante complexa por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos adjacentes à prestação de cuidados à criança. Contudo, é primordial a existência de um novo modelo que compreende todas dimensões existentes na prática atual da prestação de cuidados e que visa a promoção de um cuidar em parceria eficaz.

O Regulamento das Competências Específicas do EESIP publicado em Diário da República em 2018 (p.19192), considera que o EESIP “estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade”. Neste sentido, o enfermeiro deve agir com o intuito de desenvolver uma relação de parceria com os pais, implementando estratégias que possibilitem a aquisição de competências no sentido de satisfazer adequadamente as necessidades da criança. Os cuidados centrados na família estão, inequivocamente, direcionados para a capacitação parental, permitindo aos pais desenvolver sentimentos de confiança, dotando-os de conhecimento, poder e controlo na gestão e prestação dos cuidados e, assim, facilitar a tomada de decisões e a intervenção em parceria.

## 2.2. Revisão Sistemática da Literatura: **As intervenções de enfermagem promotoras do empowerment parental no cuidar da criança com doença crónica**

A criança é um ser humano frágil e vulnerável em constante desenvolvimento e constante aprendizagem, que se expressa através de comportamentos e reações que resultam da dinâmica entre os fatores bio-psico-socio-cultural.

Este crescimento está maioritariamente associado a sentimentos positivos, pelo que se traça (intrinsecamente) uma ideologia de evolução infantil padronizada. No entanto, esta ideologia não corresponde à realidade quando falamos em crianças com doença crónica. É um desafio constante dissociar sentimentos conflituosos do quadro que envolve a criança e a doença crónica (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na atualidade, existe um aumento quase exponencial de casos de doença crónica na criança, o que, *per si*, despoleta inúmeros desafios em relação ao seu desenvolvimento devido à impossibilidade de manter as atividades estipuladas para a sua idade (Hockenberry & Wilson, 2014; Valentine & Lowes, 2007).

Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), as crianças com necessidades especiais de saúde (como a doença crónica), carecem de um cuidado especial a fim de manter um desenvolvimento infantil o mais equilibrado possível. Não obstante, de acordo com o RCEEEESIP (2018), é da competência do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica a promoção da adaptação da criança e família à doença crónica, ajustada a cada contexto, quer do tipo e estadio da doença, quer do seu ambiente familiar.

Em prol da promoção da parentalidade, as intervenções de enfermagem em saúde infantil e pediatria devem ser focadas na díade criança/família, pelo que não existe apenas a criança, mas sim a criança e os pais (Carreiras, 2000). Assim, a literatura reconhece que a criança é indissociável da sua família, sendo que o cuidar da criança em enfermagem está associado com o cuidado à criança e, também, sua família (Hockenberry, 2014). É implícito que também a família seja cuidada, não apenas como parceira de cuidados, mas que seja reconhecida como pedra angular na vida da criança (Bowden & Greenberg, 2005; Harrison,

2005). A fim de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista, é essencial que estes contemplem uma relação de parceria com a família, onde se pretende que os pais (ou pessoa significativa) participem nos cuidados prestados à criança/jovem (OE, 2011).

Ceolim e Costa (2010) defendem que a equipa de enfermagem deve saber identificar os problemas adjacentes à família e delinear soluções a fim de servir como suporte de apoio. Este apoio advém de uma comunicação eficaz, partilha na tomada de decisões, reduzindo assim a ansiedade e, por sua vez, capacitando os pais para um cuidar à criança com doença crónica pautado pela excelência. É importante que o enfermeiro esteja disposto a cuidar de ambas as dimensões (quer física, quer emocional) da criança e família para que o cuidado seja efetivo e se estabeleça uma relação de parceria eficaz a fim de promover a parentalidade (Ceolim e Costa, 2010).

Nesta área de especialidade, é importante ter presente que a criança está diretamente relacionada ao binómio criança/família (OE, 2018), assim, é crucial não descurar os cuidados à família, quando planeamos o cuidado à criança, uma vez que ambos são indissociáveis. Não obstante, a intervenção de enfermagem deve estar direcionada para a promoção da adaptação à condição de saúde da criança e à dinâmica familiar que isso implica, para a satisfação das necessidades dos pais e para a independência no cuidado aos seus filhos, bem como na tomada de decisão, através da aprendizagem e aquisição de competências parentais.

Importa ainda enaltecer que, considerando a natural dependência da criança, é objetivo de ação do EESIP dar resposta à autonomia dos cuidados à criança, “estabelecendo com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade” (OE, 2018).

No entanto, tendo em conta a individualidade e a complexidade de cada família, não é aceitável generalizar e automatizar o planeamento de cuidados a crianças distintas e suas famílias, pois as intervenções definidas podem nem ser adequadas apesar de algumas necessidades parentais serem comuns. Desta forma, os cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria deverão

assentar sobre a realização de um projeto em conjunto com os pais que promova o empowerment parental, para que os pais estejam autónomos e aptos para responder adequadamente às necessidades da criança. Hockenberry & Wilson (2014), definem empowerment parental como a promoção do controlo sobre as suas próprias ações, capacidades e emoções resultantes de comportamentos de interajuda entre pais e enfermeiros, através da aquisição de competências parentais.

Neste sentido, é fundamental estabelecer um relacionamento seguro entre os pais e enfermeiros, através de uma comunicação e negociação eficaz que conduz para oportunidades de aprendizagem e autonomia parental (Young *et al.*, 2006). Desta forma, o enfermeiro assume também o papel de formador, nunca desvalorizando as necessidades emocionais dos pais, prestando apoio emocional mesmo durante todo o processo educacional. Aqui, a educação para a saúde é realizada de forma singular e individual, pela complexidade de cada família e é concretizada sob forma de escuta ativa, presença contínua e toque, se permitido, de forma a fortalecer o vínculo entre pais e criança e, por sua vez, capacitá-los para lidar com as necessidades específicas da criança com confiança e autonomia. Não obstante, o internamento da criança pode ser considerado como uma oportunidade para adquirir conhecimentos, desenvolver novas competências ou reforçar as já interiorizadas e ainda fortalecer o campo emocional e parental (Barros, 2003).

É o enfermeiro quem tem um papel preponderante no processo educacional não só durante o internamento, mas também na preparação para o domicílio e esta deve ser iniciada o mais precocemente possível. Nesta fase, o enfermeiro deve consolidar conhecimentos adquiridos e transmitir todos os esclarecimentos fundamentais necessários para a conduta dos pais e criança no seu seio familiar, respondendo de forma autónoma e segura a todas as necessidades da criança e suas particularidades (Jorge, 2004).

Pelo exposto, é o enfermeiro o vetor para esta mudança e a ponte que reúne as condições necessárias para garantir que os pais estão munidos de todo o conhecimento e sabedoria a fim de prestar cuidados especializados à criança. O enfermeiro é o elemento que se destaca na forma como estes pais evoluem e se

adaptam ao seu papel parental, dotado de competências e poder necessários para um cuidar de excelência.

Definiu-se como objetivos desta revisão sistemática identificar na literatura as intervenções de enfermagem promotoras de empowerment parental direcionadas para as crianças que padecem de doença crónica e seus pais, e identificar os resultados das mesmas. A questão de revisão foi formulada segundo a configuração PICO: Quais as intervenções de enfermagem promotoras do empowerment parental no cuidar à criança com doença crónica, e quais os benefícios obtidos? Pelo exposto, considera-se os **participantes**: crianças com doença crónica, seus pais e os enfermeiros que lhes prestam cuidados; **intervenção**: intervenções de enfermagem descritas que promovam o empowerment; **resultado**: benefícios para os pais e crianças dessas intervenções.

### **Método de revisão sistemática**

Foi elegida a realização de uma revisão sistemática da literatura, segundo o método de Joanna Briggs Institute (JBI), dado que reúne a melhor evidência disponível, visando a melhoria da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento de prática clínica baseada na evidência científica (Ramalho, 2005).

De forma a orientar a pesquisa e a seleção de literatura científica, objetivando a precisão dos resultados face à questão de investigação enunciada, foram definidos critérios de inclusão e de exclusão, como descrito pormenorizadamente no Quadro 1.

### **Quadro 1. Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos**

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>Participantes (P)</b>	Pais das crianças com doença crónica; Crianças com doença crónica e com idade compreendida entre os 0 e 18 anos de idade; Enfermeiros	Pais de crianças sem doença crónica; Crianças sem doença crónica; Adultos com doença crónica (> 18 anos de idade)

<b>Intervenção (I)</b>	Estudos que descrevam intervenções de enfermagem promotoras do empowerment parental no cuidado da criança com doença crónica	Estudos que descrevam outras intervenções
<b>Comparações (C)</b>	---	---
<b>Outcomes/ Resultados (O)</b>	Evidência dos benefícios da intervenção de enfermagem direcionada para a promoção da parentalidade	Outros contributos distintos
<b>Desenho do estudo (D)</b>	Estudos primários publicados entre 2009 e 2018; Estudos escritos em inglês, português ou espanhol e disponíveis em <i>full text</i>	Estudos secundários ou sem metodologia científica e com data anterior a 2009; Artigos não disponíveis em <i>full text</i> e escritos noutras línguas

Para a pesquisa dos artigos pretendidos que decorreu no mês de Abril de 2018, foram utilizadas bases de dados científicas, sendo elas: MEDLINE Complete; CINAHL Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Database of Systematic Reviews, através das plataformas EBSCO e B-on.

Tendo em conta a questão de investigação formulada, os descritores utilizados na pesquisa realizada foram: *Nurse; Pediatric nurse; Child; Parental empowerment; Chronic; Chronic disease; Parenting; Parents*, combinados a partir da equação de pesquisa: *((Nurse OR Pediatric Nurse) AND ((Parenting OR Parents) OR Parental empowerment) AND (Chronic OR Chronic disease) AND Child)*.

### **Apresentação dos Resultados**

Foram encontrados numa primeira fase 198 artigos, dos quais foram excluídos 156 por ocorrência de registos duplicados entre cruzamentos e entre bases de dados. Dos 42 artigos seleccionados nesta fase, foram excluídos 31 artigos após análise do título e *abstract*, sendo que o seu conteúdo era impertinente, tendo por base a aplicação os critérios de inclusão e exclusão apresentados *à priori* no Quadro 1. De forma a estreitar e refinar o corpus do estudo, excluíram-se ainda

19 dos estudos selecionados por não cumprirem o critério do desenho do estudo referente à língua e por não se encontrarem em *full text*. Dos estudos identificados, apenas 3 foram selecionados para o corpus de estudo. O processo de seleção dos estudos encontra-se descrito no Fluxograma Prisma realizado (ver **Apêndice I**).

De seguida é apresentada uma síntese descritiva dos aspetos mais relevantes que reveste cada um dos estudos incluídos. O Quadro 2 resume as características e dimensões dos estudos de forma a facilitar a sua compreensão.

**Quadro 2.** Resumo dos estudos incluídos na amostra

Título, autores e ano de publicação	Objetivo	Tipo de estudo/ N° de participantes	Método	Resultados
<b><i>Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran</i></b>  <b>Aein, F; Alhani, F.; Mohammadi, E. e Kazemnejad, A. (2009)</b>	Investigar a participação dos pais nos cuidados à criança com doença crónica hospitalizada, explorando as experiências vivenciadas pelos pais e equipa de enfermagem.	Natureza quantitativa;  14 pais e 11 enfermeiros.	Entrevistas temáticas, não estruturadas;  Análise de conteúdo.	O desenvolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança é feito de forma lenta e gradual;  A negociação estabelecida entre os pais das crianças e a equipa de enfermagem foi uma mais-valia para o sucesso da parentalidade na prestação de cuidados à criança com doença crónica;  Alguns pais, durante as entrevistas, referiram não sentir apoio ou estímulo para permitir que os pais participassem nos cuidados, principalmente nos cuidados que exigiam alguma perícia técnica;  Os pais adotavam técnicas a fim de se capacitarem para prestar cuidados à criança doente, como a observação da prática da equipa de enfermagem;

				Existe necessidade que a equipa de enfermagem conceba um equilíbrio entre a capacidade desenvolvida e as necessidades parentais para a prestação de cuidados, isto é, criar uma negociação e delegação de cuidados de a fim de empoderar os pais em prol da promoção da parentalidade, mas, por sua vez, de acordo com o seu nível de capacitação física e emocional.
<b><i>The Online Parent Information and Support project, meeting parents' information and support needs for home-based management of childhood chronic kidney disease: research protocol</i></b>  <b>Swallow, V.; Knafl, K.; Sanatacroce, S.; Hall, A.; Smith, T.; Campbell, M. e Webb, N. (2012).</b>	Desenvolver um suporte online dirigido aos pais, a fim de os capacitar na gestão dos cuidados aos filhos com doença renal crónica, ajudando-os e empoderando-os a maximização dos cuidados prestados.	Natureza quantitativa e qualitativa;  Oitenta pais de crianças com doença renal crónica.	Entrevistas semi-estruturadas;  A análise dos dados foi feita através de Software;  Foi utilizado o programa SPSS para a produção de estatísticas descritivas.	Dada a especificidade da criança com doença renal crónica, é estritamente necessário a existência de apoio adicional aos pais que prestam os cuidados no domicílio, por parte da equipa de enfermagem;  Os pais desenvolvem capacidades que os permitem prestar a maioria dos cuidados à criança, mesmo que estes sejam mais complexos  Os pais referiram a necessidade de recursos online para serem utilizados como material de apoio perante a prestação de cuidados no domicílio, de acordo a especificidade e particularidade dos seus filhos;  O suporte online tem o intuito de suprir as necessidades dos pais, tendo em conta a especificidade da criança e do estadio da doença renal crónica.
<b><i>The Logic of Care-Parents' perceptions of the educational process when a</i></b>	Principal foi relatar as experiências vivenciadas	Natureza qualitativa;  10 mães e 8 pais de	Entrevistas semi-estruturadas;	O facto de a equipa de enfermagem direccionar os cuidados quer à criança, quer aos pais a fim de promover a sua

<p><i>child is newly diagnosed with type 1 diabetes</i></p> <p><b>Jonsson, L.; Hallstrom, I. e Lundqvist, A. (2012)</b></p>	<p>s pelos pais e suas percepções após o diagnóstico de doença crónica ao seu filho (Diabetes Mellitus Tipo 1).</p>	<p>crianças com idade compreendida entre os 3 e os 16 anos, recém diagnosticadas com Diabetes Mellitus Tipo 1.</p>	<p>Análise de conteúdo.</p>	<p>capacidade, permitiu que estes se sentissem cada vez mais autónomos na prestação de cuidados;</p> <p>Consideraram haver resultados positivos no que diz respeito à intervenção dos enfermeiros com o intuito de promover a parentalidade durante a fase inicial do diagnóstico;</p> <p>Revelou também que os pais expressaram emoções positivas acerca do cuidado promotor de capacitação parental por parte da equipa de enfermagem, a fim de os instruir não só acerca da doença, mas também nos cuidados exigidos pela mesma;</p> <p>Importância da aquisição de disciplina, consciencialização e alerta que a Diabetes Mellitus Tipo 1 exige da criança, bem como da necessidade de cuidados envolvida nesta patologia que deve ser transmitida e reforçada pelos pais;</p> <p>É a promoção da parentalidade, desenvolvida em parceria com os pais ao envolve-los na prestação de cuidados e transmitindo os conhecimentos necessários, que contribui para fomentar a autonomia parental e a resolução de problemas adjacentes à patologia.</p>
---	---	--	-----------------------------	--

## Discussão dos resultados

Os artigos utilizados para a presente RSL estão pautados para a importância da promoção do empowerment parental e para a sua capacitação no cuidar, pelo que patenteado nos mesmos está a importância do apoio dos Enfermeiros e da envolvência dos pais na prestação de cuidados à criança que padece de doença crónica.

Aos enfermeiros é exigido, assim, a aquisição de estratégias e competências que visam dar resposta às situações de dependência, de forma a intervir no sentido de empoderar os pais e capacitá-los de acordo com as necessidades da criança, com o intuito de dar continuidade aos cuidados prestados com maior segurança, confiança e autonomia que são qualidades resultantes do empoderamento parental (Aein *et al*, 2009). É importante que os Enfermeiros desenvolvam uma maior compreensão e adaptação a fim de permitir a envolvência dos pais nos cuidados, visto que esta *per si* é complexa e desafiadora para ambos.

Para Aein *et al* (2009), em "*Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran*", o objetivo foi investigar a participação dos pais nos cuidados à criança com doença crónica hospitalizada, explorando as experiências vivenciadas pelos pais e equipa de enfermagem. Os autores afirmam que, tanto os pais, como a equipa de enfermagem reconhecem o peso da presença constante dos pais junto da criança e consideram que é promotora de emoções positivas, potenciando a colaboração dos pais no cuidar à criança e resultando o autoconhecimento como um elemento prestador de cuidados. O estudo realizado indica que os enfermeiros consideram que a presença dos pais junto da criança é uma oportunidade para promover a capacitação parental e, assim, empoderar os pais no cuidar à criança. Desta forma, está implícita a necessidade de a equipa de enfermagem intervir no sentido estimular a presença dos pais junto da criança através da **comunicação efetiva, do apoio contínuo e da permissão na prestação de cuidados**, mesmo nos que exigem alguma perícia técnica, com a devida **supervisão**.

A comunicação é um instrumento fundamental à prática de enfermagem e um pré-requisito para o estabelecimento de uma relação de parceria entre o

enfermeiro, a criança e sua família em todos os momentos da prestação de cuidados (Phaneuf, 2005). Mendes (2013), corrobora esta máxima, afirmando que o elemento-chave de todas as habilidades mais básicas é a comunicação e inclui também a habilidade de saber construir uma relação de empatia com os pais, de forma a negociar com estes de forma eficaz.

Aein *et al* (2009) afirmam também que o desenvolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança é feito de forma lenta e gradual, de modo que numa fase inicial sentem-se capazes a prestar unicamente os cuidados mais básicos, mas, com o estender do internamento, estão aptos a participar em cuidados de foro mais técnico, especialmente se esses são exigidos no domicílio, após a alta hospitalar. Desta forma, existe necessidade que a equipa de enfermagem conceba um equilíbrio entre a capacidade desenvolvida e as necessidades parentais para a prestação de cuidados, isto é, criar uma **negociação e delegação de cuidados** a fim de empoderar os pais no sentido de promover a capacitação parental, mas, por sua vez, de acordo com o seu nível de capacitação física e emocional.

Para Mendes (2013), o cuidar em parceria é determinada por um processo de negociação contínua entre os enfermeiros e os pais, da qual resultam a partilha de experiências e tomadas de decisão perante a prestação de cuidados à criança. Desta negociação resulta a igualdade entre os elementos intervenientes e, por sua vez, a responsabilidade partilhada que está relacionada com o empoderamento parental.

É importante ainda reforçar que a equipa de enfermagem deve **planificar os cuidados** em prol das necessidades das crianças e também dos seus pais, devido à exigência que a própria doença crónica obriga, a fim de garantir a continuidade de cuidados no domicílio.

Swallow *et al.* (2012), desenvolveram “*The Online Parent Information and Support project, meeting parents’ information and support needs for home-based management of childhood chronic kidney disease: research protocol*”. Este trata-se de um protocolo que tem como objetivo desenvolver um suporte online dirigido aos pais, a fim de os capacitar na gestão dos cuidados aos filhos com doença

renal crónica, ajudando-os e empoderando-os, para a maximização dos cuidados prestados.

Os autores afirmam que, dada a especificidade da criança com doença renal crónica, é estritamente necessária a **prestação de apoio** adicional aos pais que prestam os cuidados no domicílio, por **parte da equipa de enfermagem**. Perante a exigência que lhes é colocada, e com o apoio da equipa de enfermagem, os pais desenvolvem capacidades que os permitem prestar a maioria dos cuidados à criança, mesmo que estes sejam mais complexos. Estas capacidades são desenvolvidas através de **ensinos e avaliações realizadas pelos enfermeiros**, sendo estes o elemento-chave para o desenvolvimento dos pais neste contexto. De acordo com a experiência vivenciada pelos pais de crianças que padecem de doença renal crónica, estes referiram a necessidade de recursos online para serem utilizados como material de apoio perante a prestação de cuidados no domicílio, de acordo a particularidade dos seus filhos. Desta forma, os autores identificam como uma mais-valia a intervenção de enfermagem que visa a **criação de suportes online dirigido aos pais**, com o intuito de suprir as necessidades dos mesmos de acordo com a informação que eles necessitam, tendo em conta a especificidade da criança e do estadio da doença renal crónica e assim adequar os cuidados, bem como o regime terapêutico, a fim de maximizar a qualidade dos cuidados prestados no domicílio.

Jonsson et al (2012), em *“The Logic of Care” - Parents’perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes*”, definiram como objetivo principal relatar as experiências vivenciadas pelos pais e suas perceções após o diagnóstico de doença crónica ao seu filho (Diabetes Mellitus Tipo 1).

Os autores consideraram haver resultados positivos no que diz respeito à intervenção dos enfermeiros com o intuito de promover o empoderamento parental durante a fase inicial do diagnóstico, nomeadamente a **delegação de tarefas, a negociação e a imposição de limites no se refere aos cuidados invasivos**. As autoras afirmam ainda que o estudo revelou também que os pais expressaram emoções positivas acerca das intervenções realizadas pela equipa de enfermagem promotoras de capacitação parental, a fim de os instruir não só

acerca da doença, mas também nos cuidados exigidos pela mesma. O facto de a equipa de enfermagem **direcionar os cuidados quer à criança, quer aos pais**, permitiu que estes se sentissem cada vez mais autónomos na prestação de cuidados e, por sua vez, fomentou o empowerment parental que é essencial para um cuidar no domicílio nutrido de qualidade e excelência. Não obstante, os pais referiram que se sentiam capacitados para prestar cuidados com autonomia após 14 dias de internamento.

As autoras referem ainda a importância que a intervenção da equipa de enfermagem tem no sentido de **disciplinar, consciencializar e alertar** os pais acerca do impacto que uma doença como a Diabetes Mellitus Tipo 1 tem na vida da criança e no seio familiar da mesma.

É a promoção da parentalidade, desenvolvida em parceria com os pais ao envolvê-los na prestação de cuidados e transmitindo os conhecimentos necessários, que contribui para fomentar a autonomia parental e a resolução de problemas adjacentes à patologia (Jonsson *et al*, 2012). Assim, a equipa de enfermagem deve centrar os seus cuidados não só na criança, mas também nos pais, a fim de se comprometer com os mesmos e desenvolver uma relação de confiança e empatia, que conduz para a parceria e que por sua vez conduz à melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança com doença crónica.

Os três estudos seguem a mesma linha de pensamento e corroboram-se, pelo que todos evidenciam a importância da intervenção da equipa de enfermagem para a parentalidade de acordo com as necessidades e especificidades de cada criança e respetivos pais. Saliêta-se que estes estudos foram baseados a partir das experiências vivenciadas pelos pais de crianças com diagnóstico de doença crónica, que referem ser momentos de extrema ansiedade e receio. Desta forma, destaca-se a necessidade da intervenção dos enfermeiros a fim de empoderar os pais na prestação de cuidados à criança com doença crónica e, por sua vez, prepará-los para a necessidade contínua desses cuidados em ambulatório.

## **Conclusão**

Como contributo essencial para a prática dos cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e relacionando as respostas obtidas à questão de

revisão formulada, é possível enumerar várias intervenções de enfermagem que visam a promoção do empowerment parental descritas nos estudos utilizados para esta RSL. Das intervenções referidas pelos autores, destacam-se: **comunicação efetiva, o apoio contínuo, a promoção da disciplina e consciencialização que a doença crónica exige, a direção dos cuidados não só à criança, mas também à sua família, a delegação de tarefas e negociação de cuidados, prestação de apoio e realização de ensinamentos aos pais e a planificação de cuidados em parceria.** Não obstante, estas intervenções visam contribuir para o desenvolvimento de competências parentais e de conhecimentos específicos de acordo com as necessidades da criança e da complexidade que a sua doença exige, mesmo no domicílio.

Os estudos selecionados registaram uma influência positiva da intervenção de enfermagem sobre a aquisição de competências que possibilitam a continuidade dos cuidados prestados à criança pelos pais com mais segurança, autonomia e confiança, corroborando as evidências científicas já previamente concebidas.

É importante referir que o papel do enfermeiro é promover um trajeto positivo desde o diagnóstico da doença crónica, passando pela aprendizagem da hospitalização até ao domicílio. Durante este trajeto, o enfermeiro deve estabelecer um relacionamento que seja colaborativo, no sentido de promover a parentalidade e capacitar os pais da criança com doença crónica a cuidar da mesma com toda a competência, qualidade e conforto. A intervenção de enfermagem focada para o capacitação parental deve ser iniciada logo após o diagnóstico, para que, numa fase inicial, se percecionem a estrutura familiar, as emoções sentidas, as capacidades a adquirir e os cuidados a definir e posteriormente, numa fase mais avançada, seja permitido alcançar o poder parental na prestação de cuidados à criança.

### 3. O CAMINHO PERCORRIDO

#### 3.1. Cuidados de Saúde Primários

A Unidade de Saúde Familiar onde foi realizado o estágio de cuidados de saúde primários iniciou a sua atividade a 2 de Maio de 2008, em modelo B. Localiza-se no distrito de Lisboa e está inserida no ACES do Estuário do Tejo, pertencente à ARSLVT (Regulamento Interno da USF, 2015/2017).

A USF dirige a sua atividade preferencialmente para a população residente na freguesia que está situada, sem prejuízo daqueles que, mesmo não sendo residentes nesta freguesia, demonstrem vontade de se inscreverem nesta Unidade de Saúde (Regulamento Interno da USF, 2015/2017). Está organizada por equipas constituídas por médico, enfermeiro e secretário clínico, de forma a facilitar a acessibilidade dos utentes à Unidade de Saúde. Os profissionais da USF asseguram as ações de vigilância e promoção da saúde necessárias ao cumprimento do definido no Programa de Saúde Infantil e Juvenil da DGS, tendo em vista a prestação de cuidados de saúde globais, pertinentes e de qualidade (Plano de Ação da USF, 2016/2018). Estas ações de vigilância e promoção da saúde têm lugar também na consulta de saúde do recém-nascido, da criança e do jovem até aos 18 anos de idade e nas consultas de vacinação.

Durante a minha participação nestas consultas, consegui entender qual o papel do EESIP enquanto parceiro de cuidados dos pais na prevenção da doença e promoção da saúde da criança, sendo que, apesar de se tratar de uma consulta de curta duração, observei que qualquer ocasião é considerada uma oportunidade para a enfermeira realizar ensinamentos a fim de promover a autonomia e capacitação parental.

Esta observação nas consultas permitiu-me também olhar para a criança e sua família de forma holística e foi uma janela aberta para aprender a intervir, quando necessário, realizando ensinamentos no sentido de promover a saúde e bem-estar da criança e seio familiar, alertando para a prevenção de acidentes/doença e estabelecendo uma relação de parceria de forma empática, transmitindo conhecimentos e segurança. Na consulta de saúde infantil, recebemos várias crianças que, após observação detalhada, se verificou a presença de

Plagiocefalia e Braquicefalia postural. Não obstante, os pais presentes nas consultas referiram não ter conhecimento desta problemática e não tomavam medidas a fim de a evitar. Já durante a consulta de vacinação, averigui que a estratégia aplicada para o bem-estar e conforto da criança durante o procedimento é apenas a distração e o reforço positivo. Observei ainda que as crianças, quando chegam para a vacinação, não têm qualquer tipo de preparação prévia realizada em conjunto com os pais, pelo que apresentam grande nível de ansiedade e, como consequência, dificulta o procedimento. Não obstante, deparei-me com vários pais que não permaneceram no edifício da USF após a administração das vacinas, mesmo tendo sido sugerido a fim de promover a segurança das crianças. Por fim, foi sugerida pela Enf.<sup>a</sup> Orientadora a minha colaboração e integração no programa da Obesidade existente na USF, com o intuito de projetar o meu tema para uma sessão de formação.

Sendo que o espectro de idades presentes nas consultas de saúde infantil e juvenil é bastante amplo, de forma a estreitar os meus cuidados e ter capacidade de participar ativamente em conjunto com a Enf.<sup>a</sup> Orientadora, dirigi os meus objetivos e atividades para as crianças até aos 5 anos de idade por sentir necessidade de aprofundar conhecimentos nesta faixa etária.

À medida que a criança cresce, desenvolve-se também a sua personalidade e as suas capacidades cognitivas, pelo que ambas estão dependentes do crescimento e maturação física para acontecerem. Cognição é o termo utilizado para definir o processo através do qual a criança em desenvolvimento se torna ciente do mundo e dos objetos nele existentes (Whaley & Wong, 1999). Na teoria cognitiva de Piaget, a fase pré-operatória integra o período etário dos 2 aos 7 anos, sendo a sua característica predominante o egocentrismo. Estas são crianças centradas em si, sem capacidade de compreender o ponto de vista do próximo, pois são mesmo incapazes de reconhecer a existência de outros pontos de vista. O seu pensamento é concreto e tangível, pois está submetido apenas aquilo que as crianças vêem, ouvem e vivenciam, e não estão ainda aptas para saber deduzir ou generalizar (Gleitman, 2002). Nesta fase, a criança torna-se mais astuta e perspicaz no uso do pensamento mágico, pelo que as suas brincadeiras são na ordem do fantástico, do imaginário, da dramatização e da imitação (Whaley & Wong, 1999).

De acordo com Opperman & Cassandra (2001), as crianças dentro da faixa etária dos 4 aos 5 anos brincam majoritariamente por imitação, na tentativa de representar o cotidiano em que vivem. Nesta fase, a maior descoberta intelectual é a linguagem, pelo que a criança desenvolve esta capacidade por intermédio de uma relação social e utiliza-a em relações sociais novas, permitindo uma maior autonomia, liberdade e independência (Deconchy, 1980). No entanto, importa concluir que a criança ainda necessita da segurança, orientação e conforto proveniente dos pais, procurando-os com frequência de acordo com as suas necessidades (Whaley & Wong, 1999).

Em síntese, a partir do diagnóstico de situação descrito *à priori* e após estabelecer a faixa etária que pretendia focar o meu estágio, defini o objetivo transversal: desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à criança/pais no âmbito dos cuidados de saúde primários, tendo em vista a promoção do empowerment dos pais a fim de os capacitar para a prestação de cuidados à criança, e tracei os meus objetivos de estágio, bem como as atividades a desenvolver, sendo eles:

Objetivos de Estágio	Atividades desenvolvidas
<p>Prestar cuidados especializados à criança e família, tendo em vista a maximização da saúde conduzida pelo cuidado em parceria</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de cartão-postal dirigido aos pais acerca da Plagiocefalia e Braquicefalia postural, informando-os acerca da importância desta problemática e medidas a tomar a fim de evitar ou melhorar</li> <li>2. Realização de cartão-postal dirigido aos pais acerca da preparação, ação e promoção de medidas a adotar a fim de assegurar o conforto e bem-estar da criança antes, durante e depois da vacinação</li> <li>3. Distribuição uma recompensa (fantoques) às crianças entre os dois e os cinco anos de idade presentes na vacinação</li> <li>4. Realização de um cartaz informativo para sensibilizar os pais da importância de permanecer no edifício da USF após administração de vacinas</li> </ol>
<p>Colaborar e integrar os programas existentes na USF,</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participação na sessão de sensibilização contra a Obesidade integrada no programada existente na USF, celebrando assim o Dia Nacional de luta contra a Obesidade e ainda realizar ofertas</li> </ol>

nomeadamente no Programa da Obesidade Infantil	no da	dirigidas aos pais e crianças a fim de os alertar para a predisposição da obesidade infantil, para o cuidado com a alimentação e hábitos de vida saudáveis
--	-------	--

Relativamente ao primeiro objetivo delineado para este estágio foram realizados dois cartões-postal (**Apêndice II e III**) e um cartaz informativo (**Apêndice IV**) dirigido aos pais, que surgiu no sentido de dar resposta às necessidades encontradas no momento do levantamento do diagnóstico de situação previamente descrito. Uma das estratégias utilizada foi a colocação do cartaz informativo na sala de espera, para que os pais/familiares que acompanhavam as crianças o observassem enquanto aguardavam a chamada. Desta forma foram alertados e sensibilizados para a importância de permanecer no edifício da USF após a administração de vacinas, devido à possível ocorrência de efeitos secundários das mesmas e ação imediata da equipa de saúde dentro do estabelecimento. Foi utilizado um cartaz informativo por ser, segundo Moyse (2009), uma forma criativa de publicitar a ideia que se pretende alertar. A outra estratégia utilizada foi a entrega dos cartões-postal aos pais que acompanhavam os bebés nas consultas de saúde infantil e vacinação. Os cartões-postal acerca da Plagiocefalia e Braquicefalia postural foram entregues aos pais que participaram nas consultas de Saúde Infantil, cujos bebés eram menores que os 6 meses de idade, por se enquadrarem na prevalência desta problemática e, não obstante, foram sempre alertados para este problema. Relativamente à avaliação, tive a oportunidade de observar os pais e respectivos bebés em consultas realizadas após a minha intervenção e denotei uma preocupação direccionada com o posicionamento e postura dos bebés e a necessidade dos pais em referir como agiram a fim de cumprir as minhas indicações. Já os cartões-postal acerca da preparação, ação e promoção de medidas que os pais devem adotar na vacinação foram entregues aos pais que acompanharam as crianças na administração das vacinas, desde os dois meses até aos 13 anos de idade, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação, pelo que foi necessário alargar o espectro de idades que o definido anteriormente (até aos 5 anos). Não obstante, os pais foram sempre alertados para a importância da sua intervenção no sentido de os capacitar a confortar a criança e, como consequência, melhorar

o procedimento e reduzir a ansiedade da mesma. Relativamente à avaliação, tive a oportunidade de observar alguns pais que abordei durante a vacinação de um dos filhos e, posteriormente, regressaram com os outros/as filhos/as e demonstraram uma postura bastante diferente e positiva, com o intuito de confortar a criança que iria ser vacinada.

Figueiredo *et al* (2011), afirmam que todos os procedimentos invasivos, como a vacinação, são momentos geradores de grande ansiedade e receio, resultantes da dor que provoca nas crianças. Neste momento, são os pais/família quem detém um papel preponderante para o sucesso do procedimento, pelo que este depende da parceria no cuidar que se estabelece, transmitindo os conhecimentos necessários para o sucesso durante um procedimento doloroso.

De acordo com Whaley & Wong (1999), existem algumas técnicas comunicacionais criativas aplicáveis em procedimentos dolorosos, nomeadamente, técnica da terceira pessoa - adoção da terceira pessoa com recurso a fantoches ou bonecos. Não obstante, os autores defendem que as crianças preparadas para a vacinação através do brinquedo apresentam mudanças no seu comportamento: melhor aceitação, maior verbalização de sentimentos e temores (Whaley & Wong, 1999). Aqui, está então inserida a atividade: Distribuição uma recompensa (fantoches) às crianças entre os dois e os cinco anos de idade presentes na vacinação (**Apêndice VI**).

De acordo com Moyse (2009) a criatividade é um instrumento fundamental na transmissão de conhecimentos que visam a promoção da saúde da criança. A autora afirma que todos os instrumentos são benéficos, desde que sejam adequados ao público alvo. Relativamente ao segundo objetivo delineado, optei pela entrega de um garfo de plástico com uma imagem alusiva a hábitos de vida saudáveis, como a alimentação e a prática do exercício físico (**Apêndice V**), no momento das consultas de saúde infantil, questionando as crianças sobre os seus hábitos de vida, abordando este tema de forma sucinta. O garfo foi elaborado não só para as crianças, mas também os pais/família presentes com o intuito de os sensibilizar para o combate à Obesidade, celebrando assim o Dia Nacional de luta contra a Obesidade. Ainda para o segundo objetivo, a concretização da sessão de formação sobre a Obesidade (**Apêndice V**) surgiu

no âmbito do plano anual de formações da USF, definido no início do ano para toda a equipa da unidade, englobando todas as classes profissionais. Deste modo integrei a equipa de família responsável por este tema e assim fortaleci e transmiti conhecimentos relativos à obesidade infantil. No fim foi entregue a cada participante uma folha de avaliação da sessão de formação, da qual as respostas demonstraram resultados bastante positivos, nomeadamente perante o ponto que diz respeito à importância atribuída à sessão como contributo para o desenvolvimento pessoal, profissional e excelência da equipa, assim, posso afirmar que os objetivos pretendidos foram atingidos com sucesso: sensibilizar a equipa para os cuidados contra a obesidade Infantil a fim de os transmitir para os pais e evidenciar a importância do cuidado alimentar desde o nascimento.

Apesar de na distribuição dos fantoches (**Apêndice VI**) durante a vacinação e na distribuição das ofertas do dia Nacional de luta contra a obesidade (**Apêndice V**) a população-alvo ser as crianças e, a sessão de formação sobre a Obesidade ser dirigida à equipa multidisciplinar da USF, procurei sempre alcançar os pais em todas as atividades. A literatura afirma que o envolvimento dos pais em tudo o que rodeia a criança é fundamental, pois os pais são um modelo no desenvolvimento de comportamentos de saúde, sendo que são eles que ajudam a determinar as preferências das crianças através das suas próprias escolhas (Guidetti e Cavazza, 2007).

Para finalizar, quero ressaltar que participei nas 11as Jornadas da Família (**Anexo I**), que tiveram lugar nos dias 3 e 4 de Maio, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa. Considero que foi uma mais-valia neste contexto de estágio e, sem dúvida, ajudou-me a dar um passo de gigante na minha prestação e percepção deste vasto mundo que é os cuidados na comunidade.

### 3.2. Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

A Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais, doravante designada como UCERN, iniciou funções no ano de 2009, em Fevereiro e está integrada na área de Pediatria Médica. A UCERN tem como missão “prestar cuidados hospitalares (...) a recém-nascidos, crianças e adolescentes, numa

perspetiva de integração de cuidados (somáticos e psicossociais) e parceria dos mesmos (com a família) centrada no doente como um todo, e numa dinâmica de prolongamento e continuidade desses cuidados” (Circular informativa N.º 048, 2009). Para dar resposta a esta missão, a equipa multidisciplinar da UCERN oferece cuidados a crianças que sejam dependentes não só nas necessidades humanas básicas, como a eliminação, respiração e nutrição, mas também dependentes de apoio tecnológico de suporte à nutrição ou respiração, quer a sua situação seja transitória ou definitiva. No entanto, a maioria das crianças que estão sujeitas ao internamento neste serviço, padecem de doença crónica, quer do foro gastrointestinal, quer do foro respiratório, com necessidade de manter ostomias de eliminação intestinal e vesical, traqueostomias e Nutrição Parentérica endovenosa (através da manipulação de um cateter central) durante um longo período de tempo devido às características que a patologia exige.

O conceito de cronicidade é definido pela sua permanência, logo, as doenças crónicas são, segundo Jackson *et al* (1996) e Castro *et al* (2002), determinadas pela sua longa duração, mas também pelas transformações, quer físicas, quer mentais, que inevitavelmente perturbam a atividade diária de uma criança, bem como o seu desenvolvimento. Não obstante, Coletto e Câmara (2009) ainda acrescentam que da doença crónica na criança pode resultar transformações graves das quais advém consequências para o desenvolvimento normal da criança.

Qualquer alteração no quotidiano da criança, é automaticamente um fator de stress para a família, resultando daí consequências negativas para a dinâmica familiar e destabilizando a harmonia do seio familiar. A doença crónica, pela sua exigência e gravidade, será certamente mais um fator gerador de stress. A doença impõe que sejam alteradas rotinas familiares com a necessidade de tratamentos, idas frequentes a consultas ou até com o dispêndio monetário e acaba inevitavelmente por envolver e afetar as pessoas mais próximas da criança e sua família (Castro *et al*, 2002).

Após o diagnóstico de doença crónica, a família entra na fase da desordem devido à alteração das rotinas já referida *à priori*, mas, posteriormente, pela impossibilidade de viver continuamente no descontrolo desta desorganização e

pela necessidade de reestabelecer o equilíbrio familiar, esta tende a reorganizar-se e a estabelecer a harmonia. É neste momento que desenvolvem estratégias de  *coping*  que são diretamente proporcionais ao esforço e dedicação que cada família necessita para aprender a lidar com esta nova condição de saúde da criança e a atenuar as consequências que resultam dos fatores de stress (Correia, 2010).

Em todas as fases, é o enfermeiro quem terá o papel preponderante para ajudar a criança com doença crónica e seus pais. É ele quem apoia os pais não só no reconhecimento dos fatores desencadeantes de stress e combate aos mesmos, mas igualmente na transmissão de conhecimentos e competências que os permitam desenvolver estratégias para se adaptarem a esta nova situação e ultrapassarem a fase de desorganização familiar (Correia, 2010).

Ao iniciar o estágio na UCERN, tive oportunidade imediata de poder prestar cuidados às crianças com doença crónica, pelo que foi possível identificar alguns fatores de  *stress*  nos pais, entre eles receio/ansiedade em levarem o seu(a) filho(a) para casa a depender de cuidados de saúde específicos, como por exemplo, a necessidade permanente de cuidados a ostomia de eliminação e gastrostomia. Não obstante, a equipa de enfermagem sentiu necessidade da minha colaboração e execução no Procedimento Sectorial “DO HOSPITAL PARA CASA – O Enfermeiro de referência na transição de cuidados para o domicilio” e que vai de encontro ao tema que estou a desenvolver.

Assim, a partir do diagnóstico de situação acima exposto, delineei os meus objetivos de estágio, bem como as atividades a desenvolver, sendo eles:

Objetivos de Estágio	Atividades desenvolvidas
Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem às crianças com doença crónica e sua família, especificamente no ensino aos pais sobre os cuidados à criança com estoma.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de um livro de bolso para consulta direcionado para os pais/cuidadores acerca dos cuidados aos estomas de eliminação</li> <li>2. Realização de um livro de bolso para consulta direcionado para os pais/cuidadores acerca dos cuidados à Gastrostomia</li> </ol>

<p>Contribuir para a implementação do Procedimento Sectorial em processo de elaboração na UCERN “DO HOSPITAL PARA CASA – O Enfermeiro de referência na transição de cuidados para o domicílio”</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colaboração na elaboração do Procedimento Sectorial acima descrito</li> <li>2. Elaboração de uma <i>Check-list</i> de alta para o domicílio a fim de introduzir no Procedimento em execução supra referido</li> <li>3. Realização de um Plano de Cuidados no SClinico® para completar o Procedimento Sectorial em questão</li> </ol>
--	--

Estagiar UCERN foi, sem dúvida, uma mais-valia não só para a minha formação enquanto futura Enfermeira Especialista, mas também para o meu crescimento pessoal, uma vez que existe uma estreita relação entre esta Unidade e a UCIN, onde exerço funções há quatro anos e, assim, este estágio revelou-se muito útil e enriquecedor na medida em que me permitiu compreender o circuito da criança com necessidade de continuidade de cuidados transferida para a UCERN. Como nunca trabalhei num serviço de internamento Pediátrico foi também muito proveitoso ter passado por esta experiência. Neste serviço, existem também vagas de internamento de longa duração, das quais estão ocupadas três dessas vagas com: a R. que conta com 15 anos de vida na UCERN e que é a sua casa desde sempre, a T. com 11 anos de internamento e a V. com quem tive oportunidade de acompanhar na UCIN e hoje, passados 3 anos, é enriquecedor poder dar continuidade aos cuidados que ela necessita.

É importante ainda referir que sempre senti imensa dificuldade em comunicar com crianças com paralisia cerebral, principalmente com crianças na idade da pré-adolescência ou adolescentes. No entanto, ao longo deste estágio e com a experiência da Enf.<sup>a</sup> C. que me orientou em cada passo, sinto que desenvolvi capacidades comunicacionais de forma eficaz e hoje consigo até construir um diálogo (embora que curto devido às condicionantes da patologia) com a T. que tem 11 anos e sofre de Paralisia Cerebral.

A fim de cumprir o primeiro objetivo definido para este estágio, realizei dois livros de bolso que serve como material de consulta rápida para os pais, acerca dos cuidados aos estomas de eliminação (intestinal e vesical) (**Apêndice VIII**), bem como os cuidados à Gastrostomia (**Apêndice IX**). Para Smiths e Sands (2003), o suporte de papel é um instrumento de apoio à prática e ao ensino, que deve

ser utilizada com linguagem compreensível para a população em geral. Como tal, os livros de bolso são estratégias que podem ser utilizadas pelos pais como ferramenta de apoio para transmitir e consolidar conhecimentos, oferecendo oportunidade aos pais de se capacitarem, de forma gradual segundo as suas necessidades parentais, para o cuidado autónomo à criança. Os livros de bolso produzidos e oferecidos aos pais das crianças com gastrostomias e estomas de eliminação têm como objetivo compilar os princípios inerentes aos cuidados exigidos por estas condições físicas, alertar para possíveis complicações e servir de auxílio para a necessidade de intervir em complicações inerentes aos estomas. Apesar de não ter oportunidade para avaliar o impacto que os livros de bolso fornecidos aos pais tiveram no domicílio, consegui perceber, através de expressões físicas, como o sorriso e fâcias de alívio e também expressões verbais, que esta ferramenta irá servir como apoio essencial durante a prestação de cuidados à criança e vai impulsionar, inclusive, a capacitação parental no cuidar da criança com necessidades tão específicas.

O Procedimento Sectorial em processo de elaboração na UCERN “DO HOSPITAL PARA CASA – O Enfermeiro de referência na transição de cuidados para o domicílio”, como o próprio nome indica, trata-se da formalização do processo de ensino e capacitação parental desde o internamento da criança no hospital, até ao momento da alta, com o intuito de suprir as necessidades da criança no domicílio, ao cuidado dos seus pais/familiares. Este processo tem por objetivo aprofundar os conhecimentos dos pais/familiares relativamente ao estado de saúde da criança e às suas necessidades, devolvendo a autonomia e capacitação parental (Hockenberry & Wilson, 2014 e Phaneuf, 2005). Assim, entende-se que o enfermeiro desempenha um papel essencial no processo de preparação da alta para o domicílio, transmitindo aos pais/família competências e conhecimentos fundamentais que promovem a autonomia, capacitação e empoderamento parental necessários nos cuidados no domicílio (Hockenberry & Wilson, 2014). Não obstante, o processo de preparação da alta para o domicílio surge da necessidade da transição dos cuidados realizados no internamento hospitalar para o domicílio, oferecendo, assim, a continuidade dos cuidados no seio familiar (Pereira, 2011).

Para cumprir este objetivo, colaborei na elaboração do Procedimento Sectorial acima descrito (**Apêndice X**) em conjunto com as enfermeiras responsáveis por este projeto, elaborei uma *Check-list* (**Apêndice X**) de alta para o domicílio, com o intuito de assegurar (antes do momento da alta) que a criança e pais/família foram instruídos acerca dos cuidados para o domicílio, bem como os praticaram até total autonomia, assegurar que o enfermeiro de referência da criança referenciou esta família para os Serviços de Saúde necessários (Centro de Saúde, por exemplo) e articulou com os meios externos de auxílio, como as Unidades Móveis de Apoio ao Domicílio (UMAD) e assegurar que no momento da alta é fornecido todo o material necessário para garantir a continuidade de cuidados prestados no domicílio. Já para a UCERN, nomeadamente como apoio eletrónico, realizei um Plano de Cuidados no SClinico® (**Apêndice X**) para completar o Procedimento Sectorial em questão. Contudo, visto que este Procedimento Sectorial está ainda em processo de elaboração e não foi implementado durante o meu estágio, não tive oportunidade de avaliar a minha intervenção. Contudo, recebi um *feedback* bastante positivo das enfermeiras responsáveis por este projeto, que mencionaram já ter utilizado a *Check-list* e implementado o Plano de Cuidados que defini, obtendo ótimos resultados no processo da alta para o domicílio em 9 crianças que se encontravam internadas na UCERN.

Face ao exposto, podemos afirmar que os cuidados de enfermagem são também reflexão do envolvimento, comunicação, negociação e capacitação com a criança e pais/família. O sucesso deste processo de alta para o domicílio depende, e muito, com a integração dos pais/família nos cuidados prestados à criança com necessidades especiais provenientes da doença crónica. Para concluir, a OE (2015) advoga que faz parte da competência do enfermeiro nutrir os pais de competências parentais e disponibilizar todo o suporte necessário para empoderar e capacitar os pais nos cuidados aos seus filhos, tenho em vista a sua autonomia para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios da prestação de cuidados.

### 3.3. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

O Serviço de Urgência Pediátrica onde foi realizado o estágio de urgência tem como missão a prestação de cuidados imediatos médico-cirúrgicos de carácter urgente ou emergente, a crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos da área de influência do hospital. O SUP é composto por uma sala de triagem, gabinetes médicos, sala de aerossóis, sala de tratamentos, sala de reanimação e sala de observação. Na sala de observação são admitidas crianças e adolescentes que padeçam da necessidade de permanecer em vigilância contínua por um curto período. No SUP está também integrada a Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos do hospital, com espaço para seis camas ou berços. Nesta unidade são internadas crianças e adolescentes que exijam um tempo de internamento calculável entre doze a trinta e seis horas ou manifestem patologia que exija uma supervisão médica e de enfermagem permanente.

O cuidado de enfermagem num serviço de urgência em muito difere das modalidades de assistência mais comuns, pois dada a diversidade de situações que diariamente surgem num SUP, o enfermeiro é incumbido de deter um conhecimento tanto teórico como prático mais amplo de forma a dar resposta imediata e satisfazer as necessidades da criança ou adolescente que solicita o seu cuidado. Ainda assim, este cuidado é imediatamente direcionado para a criança e sua família e não apenas para a patologia. No SUP, não é fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica, mas sim responder atempadamente à situação de doença da criança. Contudo, qualquer relação é suportada pela capacidade de comunicação e esta deverá sempre ser estabelecida, criando um ambiente de confiança e proximidade, do qual resulta o cuidar em parceria. O enfermeiro deve ser capaz de estabelecer um ambiente propício para definir e aplicar as suas intervenções centradas na família, transmitindo a informação necessária, dotando a família ou cuidadores de competências para prestar cuidados adequados à criança e apoiando emocionalmente a família a fim desta superar as suas inquietações, criando uma relação de ajuda (Whaley & Wong, 1999).

Apesar da criança ser indissociável da sua família, ela é um ser individualizado. No entanto, é de major importância que os pais/família sejam reconhecidos como

os principais detentores do maior e melhor conhecimento relativamente a experiências anteriores da criança, tais como: preferências, interesses e medos (Casey & Smith, 1995). Assim, é essencial desenvolver um cuidado à criança direcionado para parceria com os pais/família de forma a maximizar o seu conforto e bem-estar perante uma situação de doença urgente. É importante que todos os momentos da permanência da criança no SUP, desde a triagem até à sua saída, sejam usufruídos como oportunidades para o processo educacional para a saúde da criança, em conjunto com os pais/família, procurando sempre responder às necessidades da díade e estimulando o cuidar em parceria, com vista a atingir a maximização da saúde da criança.

No decorrer dos primeiros turnos efetuados neste serviço, identificou-se a existência de um défice de conhecimentos por parte dos pais/família, no que diz respeito a medidas de conforto no cuidado à criança com necessidade de tratamento no SUP (p.e., colheita de sangue, administração de terapêutica intramuscular ou realização de pensos). Nesta situação, averigui que a estratégia aplicada para o bem-estar e conforto da criança durante o procedimento é a distração e o reforço positivo.

Apesar da passagem pelo SUP constituir, na grande maioria das vezes, um momento muito breve de contacto com um serviço de saúde, foi possível compreender que, ainda assim, é nestes momentos mais fugazes que são feitos ensinamentos aos pais/família, essenciais para a promoção da saúde da criança, tanto para situação específica, como para situações futuras que possam ocorrer. Contudo, verificou-se que não existia qualquer suporte escrito no serviço para entrega aos pais/família da criança/jovem que recorre ao SUP relativamente às medidas de conforto que os pais/família devem adotar na sala de tratamentos. Numa situação de *stress*, como é a de uma ida à urgência pediátrica, a capacidade dos pais/família reterem a informação transmitida apenas oralmente está diminuída, pelo que este tipo de suporte escrito é essencial. Apenas quando detentores da informação adequada, os pais podem ter um papel ativo no processo terapêutico da criança, constituindo verdadeiros parceiros no seu cuidar, numa situação de doença aguda.

No sentido de dar resposta às necessidades encontradas no momento do levantamento do diagnóstico de situação previamente descrito, foram novamente delineados objetivos e atividades de estágio:

Objetivos de Estágio	Atividades desenvolvidas
Contribuir para a adoção de comportamentos que visam a maximização da saúde da criança conduzida pelo cuidado em parceria com os pais, de acordo com o nível de desenvolvimento da criança	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de um cartaz informativo dirigido aos pais acerca da promoção de medidas a adotar a fim de assegurar o conforto e bem-estar da criança durante os cuidados na Sala de Tratamentos</li> <li>2. Realização de folhetos dirigidos aos pais acerca da promoção de medidas a adotar a fim de assegurar o conforto e bem-estar da criança durante os cuidados na Sala de Tratamentos</li> </ol>
Sensibilizar a equipa de enfermagem acerca da importância das medidas de conforto a adotar na Sala de Tratamentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de uma sessão de formação acerca da promoção de medidas a adotar a fim de assegurar o conforto e bem-estar da criança durante os cuidados na Sala de Tratamentos</li> </ol>

Durante este contexto de estágio, respondendo aos objetivos descritos, foram também realizados um cartaz informativo e um folheto (**Apêndice XII e XIII**), ambos dirigidos aos pais, a fim de os sensibilizar nas medidas de conforto a adotar com a criança, em situação de procedimentos dolorosos. Moyse (2009) considera que a comunicação em suporte papel também é benéfica, no sentido em permite uma leitura num contexto diferente do SUP, o que permite uma interiorização mais eficaz e, posteriormente, permite o esclarecimento de dúvidas que possam surgir em futuras idas ao serviço de urgência. Tanto no folheto (**Apêndice XII**), como no cartaz informativo (**Apêndice XIII**), foi transmitida a importância das estratégias que os pais podem adotar durante um procedimento que inflija dor na criança, acerca do comportamento e das atitudes mais adequadas a transmitir, antes, durante e após o procedimento, de modo a

proporcionar o momento menos traumático para a criança e, conseqüentemente, para os pais/família. O cartaz informativo não chegou a ser exposto, bem como os folhetos realizados por necessidade de aprovação prévia pelo Conselho Técnico do hospital. No entanto, os ensinamentos presentes quer no cartaz, quer no folheto foram aplicados aos pais, sempre que surgiu oportunidade na Sala de Tratamentos do SUP e, mais uma vez, confirmou-se que a preparação prévia da criança, em parceria com os pais/família, para procedimentos dolorosos e, por vezes, desconhecidos, atenua a ansiedade e, por sua vez, atenua o desconforto infligido pelo procedimento. Mendes (2013) refere que a abordagem para cuidar em parceria assenta num processo contínuo de negociação entre pais e enfermeiros, que resulta na partilha de decisões sobre o processo de cuidados à criança. Desta forma, tal abordagem implica transmissão de conhecimentos e competências e responsabilidade partilhada. A Ordem dos Enfermeiros (2015) também justifica a minha prática, afirmando que a competência de trabalhar em parceria com a criança e família, em qualquer contexto em que ela se encontre, pertence ao papel do EESIP, o qual presta cuidados de nível avançado, com segurança e competência na satisfação das necessidades da criança e suas famílias.

Para o segundo objetivo, decidi realizar uma sessão de formação (**Apêndice XI**) sobre o tema já descrito no cartaz informativo e nos folhetos, desta forma para poder alcançar o aperfeiçoamento pessoal e profissional do EESIP. A formação é um dos elementos-chave para responder à mudança que a enfermagem tem sido obrigada a responder de forma célere, tendo em conta a contínua produção de novas teorias, novas *guidelines*, novos estudos e conhecimentos que resultam da constante evolução científica e tecnológica (Mancia, Cabral & Koerich, 2004). A sessão de formação possibilitou transmitir para a equipa de enfermagem de um conhecimento mais atualizado e permitiu sensibilizar toda a equipa para a parceria de cuidados e adoção de estratégias em conjunto com os pais que, devido à complexidade que o SU exige à equipa de enfermagem, por vezes é desvalorizada.

### 3.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A UCIN onde foi realizado o estágio de neonatologia, está integrada na área de Urgência/Emergência do hospital e tem capacidade para um total de catorze vagas: seis delas estão destinadas a cuidados intensivos e as restantes oito destinadas a cuidados intermédios. Esta unidade presta assistência a recém-nascidos desde zero dias até aos vinte e oito dias de vida, provenientes de outros serviços do hospital, bem como de outras unidades hospitalares do país, mais propriamente da região de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Ilhas. No entanto, devido à complexidade de situações clínicas presentes neste serviço e escassez de vagas em todo o país, o período de internamento dos bebés vai muito para além dos vinte e oito dias de vida. Desde o ano de 2010 deixou de receber recém-nascidos provenientes da maternidade deste hospital devido ao seu encerramento (UCIN, 2005).

A UCIN é uma unidade de referência para recém-nascidos com patologia cirúrgica, no entanto, recebe também recém-nascidos prematuros e grandes prematuros, recém-nascidos com baixo ou muito baixo peso ao nascer, malformações congénitas, tais como: atresia do esófago, atresias intestinais, gastrosquises, onfalocelos, hérnia diafragmática, malformações cardíacas e síndromes polimalformativos (UCIN, 2005).

A realidade do filho internado na UCIN é vivenciada como uma situação de risco pelos pais e é, sem dúvida, uma experiência da qual resulta o desequilíbrio, emocional e físico, e também a impossibilidade em assumir o seu papel parental (Barros 2006). Para estes pais, agora colocados perante uma situação clínica do bebé ameaçadora, desconhecida, muitas vezes de prognóstico incerto, situados num ambiente novo e aterrorizador, no qual são constantemente observados e impossibilitados de ter controlo sobre o seu bebé, manifestam sentimentos de impotência e fraqueza no seu papel parental (Jorge, 2004).

Busse *et al* (2013), afirmam que o stress aparenta estar associado não só ao ambiente chocante da UCIN, mas também ao inevitável risco de desvinculação entre os pais e o seu bebé, pela sua separação física imediata e, muitas vezes, pela impossibilidade de toque ou voz. A literatura assume que a principal fonte

de stress parental é, inegavelmente, a alteração do papel parental e a impossibilidade de assumi-lo após o nascimento do filho (Busse *et al*, 2013).

Assim, a experiência que os pais vivenciam na UCIN é um processo lento e gradual, do qual exige uma aprendizagem acrescida com o ambiente tecnológico, com os procedimentos necessários, com a linguagem técnica e com as rotinas habituais do serviço. Para que este processo ocorra, toda a equipa multidisciplinar será o vetor para direcionar e apoiar estes pais ao longo deste caminho longo e tortuoso (Barros, 2006). O Enfermeiro terá um papel muito importante no envolvimento dos pais com o seu bebé, estimulando a interação entre eles e, conseqüentemente, fortalecendo o vínculo até aqui comprometido. Para tal, é preponderante a transmissão de conhecimentos e competências que remetem para um cuidar em parceria, mesmo quando o RN necessita de cuidados especializados. O enfermeiro deve, o quanto antes, diminuir a distância física entre a tríade, quando a situação clínica do bebé assim o possibilita e, assim, fortalecer a vinculação entre eles.

A literatura descreve um vasto role de estratégias que o enfermeiro pode, e deve adotar, no sentido de promover a vinculação entre a tríade, nomeadamente a aproximação progressiva, o toque nutritivo, a prestação de cuidados de higiene e conforto, a estimulação da presença junto ao bebé e o **contato pele com pele através do método canguru** (Hockenberry & Wilson, 2014). A literatura afirma que o método de canguru fortalece o vínculo entre os pais e bebé e aumenta o sentimento de domínio, a competência para prestar cuidados e a autoestima parental (Tamez, 2013). Não obstante, a literatura refere também inúmeros benefícios para o bebé, nomeadamente a sua estabilidade hemodinâmica e a franca redução de infeções nosocomiais (Ludington-Hoe, *et al.*, 2008) que, por sua vez, direcionam para alta hospitalar precoce.

Enquanto membro dinamizador do Projeto Método Canguru, sou conduzida para a procura contínua de conhecimento sobre este tema, a fim de manter a sua implementação na UCIN de forma contínua e segura. Identifiquei a existência de um défice de conhecimento por parte dos pais, no que diz respeito ao Método de Canguru e na informação em formato papel para fornecer aos mesmos, nomeadamente folhetos. A partir da minha experiência como enfermeira neste

serviço, encontro a necessidade em transmitir conhecimentos à equipa de enfermagem acerca da importância do Método de Canguru, bem como formação no âmbito da sua aplicação na UCIN. Não obstante, existe um défice grave na aplicação da Intervenção de Enfermagem no Plano de Cuidados relacionada com o Método de Canguru. De acordo com este diagnóstico de situação defini os objetivos para este estágio de Neonatologia e as respetivas atividades que apresento em seguida:

Objetivos de estágio	Atividades desenvolvidas
<p>Contribuir para a adoção de comportamentos que visam a maximização da saúde da criança conduzida pelo cuidado em parceria com os pais, de forma a fortalecer o vínculo entre os mesmos</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de um folheto dirigido aos pais acerca do Método de Canguru</li> <li>2. Prestação de cuidados especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do bebé</li> <li>3. Planeamento da realização do MC em conjunto com os pais, facilitando a parceria de cuidados, o processo de vinculação e a transição para a parentalidade</li> </ol>
<p>Colaborar no Projeto “From Tummy to Mummy”</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de uma análise das práticas de realização do MC, enquanto terapêutica de enfermagem, cuidado para o desenvolvimento do RN e cuidado centrado na família</li> <li>2. Criação de uma Intervenção de Enfermagem no Plano de Cuidados do programa informático utilizado (SClinico®) relacionada com o Método de Canguru</li> <li>3. Realização de uma sessão de formação a fim de instruir a equipa de enfermagem para a implementação da Intervenção de Enfermagem inserida Plano de Cuidados do RN e alertar acerca da importância do MC</li> </ol>
<p>Liderar o processo de consolidação da prática do MC enquanto terapêutica de enfermagem, otimizando os contributos da equipa de enfermagem, garantindo a</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realização de auditoria interna que visa a implementação do MC na UCIN e a realização aos processos de enfermagem com as intervenções adequadas</li> </ol>

segurança e a qualidade na sua implementação	
--	--

Para dar resposta ao primeiro objetivo, defini como atividades: prestação de cuidados especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do bebé e planeamento da realização do MC em conjunto com os pais, facilitando a parceria de cuidados, o processo de vinculação e a transição para a parentalidade pois é o EESIP o elemento condutor para o sucesso na promoção da vinculação da tríade através do método de canguru. É ele quem tem como função a vigilância apertada do bebé e seus pais, sobretudo para manter a estabilidade da situação clínica do bebé e a estabilidade física e emocional dos pais durante a técnica. Como tal, é fundamental criar uma relação terapêutica com os pais para que, conseqüentemente, resulte um cuidar em parceria, assegurando dessa forma a continuidade de cuidados ao bebé da forma mais completa possível e alcançando o seu bem-estar pleno. Desta forma, ao longo do meu estágio, de acordo com os bebés que me foram atribuídos nos turnos, aproveitei todas as oportunidades para incentivar a realização do Método de Canguru, de acordo com a estabilidade hemodinâmica dos bebés e da disponibilidade dos seus pais. Apesar de ser um momento que despoleta grande ansiedade parental, através das capacidades comunicacionais adquiridas ao longo da minha experiência e através da transmissão de empatia com os pais, consegui estabelecer uma relação de parceria e negociar com eles os momentos adequados para a realização do método, bem como consegui transmitir a confiança e calma necessárias para aquela situação. É importante ressaltar que, após cerca de dois dias, os pais já solicitavam espontaneamente para realizar o método de canguru, manifestando capacitação parental para transmitir para o bebé sentimentos positivos e para identificar alguma alteração hemodinâmica que resulte da manipulação excessiva do RN. Pelo exposto, com o intuito de completar o primeiro objetivo, realizei ainda um folheto sobre o Método de Canguru (**Apêndice XV**) e entreguei a todos os pais cujo bebés estavam clinicamente estáveis para a realização do método. Este folheto teve um grande impacto para a população alvo, sendo que vários pais referiram não ter

conhecimento da importância que o Método de Canguru para o RN, nomeadamente os benefícios que resultam para a díade.

Como membro dinamizador do Projeto do Método de Canguru “From Tummy to Mummy”, defini três atividades com o intuito de responder ao segundo objetivo definido para este estágio, sendo elas: a realização de uma análise das práticas de realização do Método de Canguru, enquanto terapêutica de enfermagem, cuidado para o desenvolvimento do RN e cuidado centrado na família (**Apêndice XIV**), a criação de uma Intervenção de Enfermagem no Plano de Cuidados do programa informático utilizado (SClinico®) relacionada com o Método de Canguru (**Apêndice XIV**) e a realização de uma sessão de formação a fim de instruir a equipa de enfermagem para a implementação da Intervenção de Enfermagem inserida Plano de Cuidados do RN e alertar acerca da importância do Método de Canguru (**Apêndice XIV**). Para a primeira atividade, procurei entender as razões que levam a que apenas parte do RNPT internados na UCIN, que podem efetivamente beneficiar com o Método de Canguru, o recebe na nossa prática diária. É importante referir que o Método de Canguru teve uma aplicabilidade muito maior mas, devido à conjuntura da UCIN, houve um abandono progressivo desta técnica por fatores vários que se prendem com: a redução abrupta da equipa de enfermagem e, por consequência, aumento da carga de trabalho, disponibilidade reduzida para a aplicação do MC, bem como para a vigilância do mesmo, esforço acrescido da equipa de Enfermagem para integrar com qualidade a entrada de um número bastante significativo de novos elementos, dificuldade na gestão de tempo e um esforço árduo e contínuo para manter a integridade na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, devido a rácios bastante desadequados. Como tal, é necessária uma intervenção na equipa de enfermagem a fim de alertar, sensibilizar e instruir para a (re)implementação do Método de Canguru com maior frequência, nunca descorando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCIN. Esta intervenção relaciona-se com o realce da importância do Método de Canguru nos RNPT, com a estimulação da equipa de enfermagem para a sua aplicação, com a motivação contínua dos elementos da equipa que já implementaram esta técnica e com a consciencialização para a sua aplicação nos elementos que mais recentemente foram integrados na equipa. A partir daqui, reformulei os critérios

de inclusão e exclusão para a prática do Método de Canguru (**Apêndice XIV**) com o intuito de se adequarem à especificidade dos bebês internados na UCIN, realizei a segunda atividade definida para este objetivo que foi estabelecer, em conjunto com a enfermeira dinamizadora do programa informático SClínico®, novas Intervenções de Enfermagem no Plano de Cuidados do programa informático citado relacionada com o Método de Canguru (Incentivar o Método de Canguru; Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre o Método de Canguru; Instruir a mãe e(ou) o pai sobre o Método de Canguru; Treinar a mãe e(ou) o pai sobre o Método de Canguru) e, com o intuito de instruir a equipa de enfermagem para a implementação da Intervenção de Enfermagem inserida Plano de Cuidados do RN e alertar acerca da importância do MC, realizei a terceira atividade, uma sessão de formação dirigida às enfermeiras da UCIN (**Apêndice XVI**).

É importante salientar que a promoção da formação em serviço é um dever do enfermeiro, preconizado pelo RCCEE (2018), em que este se responsabiliza por ser “facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (p. 4749) e “atua como formador oportuno em contexto de trabalho; diagnostica necessidades formativas; gere programas e dispositivos formativos; favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros e avalia o impacto da formação” (p. 4749). É através das ações de formação em serviço que resulta a uniformização de cuidados e uma atualização novas perspetivas na saúde, sendo que está em constante transformação.

Após a minha intervenção ativa na equipa de enfermagem e na prestação de cuidados aos RN e seus pais, senti necessidade de avaliar se da mesma resultou, ou não, comportamentos que visam estabelecer a prática do Método de Canguru na UCIN. Como tal, a atividade escolhida para o objetivo final foi a realização de uma auditoria interna (**Apêndice XVII**) que visa a implementação do Método de Canguru na UCIN e a realização aos processos de enfermagem com as intervenções adequadas, com o propósito de liderar o processo de consolidação da prática do Método de Canguru enquanto terapêutica de enfermagem, otimizando os contributos da equipa de enfermagem, garantindo a segurança e a qualidade na sua implementação. Para a auditoria supracitada, a metodologia utilizada foi revisão retrospectiva dos registos de enfermagem

referentes à prática do Método Canguru no período de 10-12-2018 a 19-12-2018 e utilizei como metodologia e análise de dados a conformidade dos registos de enfermagem com o procedimento respetivo e análise dos resultados. Para a avaliação dos resultados da auditoria utilizei os seguintes critérios (**Apêndice XVII**):

1. Total de RNPT que realizaram o Método Canguru
2. Distribuição dos RNPT quanto à IG nascença e IG corrigida no dia em que iniciaram o MC
3. Distribuição dos RNPT quanto ao peso (nascimento e início do MC)
4. Distribuição dos RNPT quanto ao número total de dias de MC desde a minha intervenção em serviço
5. Distribuição dos RNPT quanto à média de horas diárias de MC
6. Distribuição geral do levantamento das intervenções associadas ao MC
7. Distribuição geral dos registos da Entrevista Inicial aos pais
8. Distribuição geral dos registos da duração do Método Canguru (em horas)
9. Distribuição geral dos registos relativos à satisfação da díade ao Método Canguru

Perante os resultados obtidos com esta auditoria, conclui que o Método Canguru, enquanto estratégia promotora da vinculação e do desenvolvimento e bem-estar do RN, é valorizada e realizada pelos enfermeiros da UCIN, sempre que a estabilidade do RN e condições de permanência da família o permitam. Relativamente ao registo em notas gerais no SClinico® da duração diária atingiu níveis satisfatórios, mas continua a necessitar de reforço. Este é um dado essencial para a compreensão e melhoria deste cuidado, visto que os benefícios do Método são manifestados, segundo a evidência, com a sua duração e consistência. Já para o registo também no SClinico® dos motivos pelos quais o Método não foi realizado pode trazer maior informação sobre os obstáculos e dificuldades associados à manutenção deste cuidado por mais tempo. Nem sempre se verificou esse registo de uma forma adequada, pelo que há necessidade de incidir nesse aspeto. Em suma, mantiveram-se bons índices no levantamento das intervenções referentes ao Método Canguru. Como propostas de melhoria para a UCIN, aponto para a incidência na sensibilização da equipa

acerca da importância do registo da duração diária do Método e para a necessidade de alertar a equipa para o término das Intervenções de Enfermagem que já não se adequam ao nível de aprendizagem dos pais relativamente ao Método de Canguru.

Posso concluir que os resultados obtidos falam por si e que a minha intervenção foi bastante frutífera para a UCIN. Para mim, enquanto pessoa e profissional de saúde, considero que foi uma mais-valia para o meu crescimento a todos os níveis e pretendo continuar a intervir de forma enriquecedora para a evolução dos meus pares.



#### 4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A realização do estágio durante o curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica é, sem dúvida, a componente fundamental para a aquisição de competências, agregada ao ensino teórico. É ao longo do estágio que o mestrando coloca em prática o seu conhecimento, e mobiliza-o através da implementação da sua sabedoria teórica. O aprofundamento do conhecimento e de competências é o resultado da introspeção, da sabedoria e intervenção tendo em conta o processo de saúde e doença da criança, dando resposta a situações de maior complexidade e específicas de cada uma, potenciando a sua saúde a um nível superior e especializado.

O Enfermeiro Especialista, segundo o RCCEE (2019, p. 4744) é reconhecido como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. Para assegurar este princípio, o enfermeiro deve tornar-se responsável pelo seu percurso formativo e profissional, baseando a tomada de decisão na evidência, garantindo, assim, a melhor prestação de cuidados.

O RCCEE (2019, p. 4745), preconiza dois tipos de competência: específicas e acrescidas. As competências específicas, dizem respeito às “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”, já as competências acrescidas, “são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas”. Assim, um enfermeiro competente, é aquele que tem a capacidade de estabelecer interações entre o

saber-saber, saber-fazer e saber-aprender e o meio envolvente, desenvolvendo ainda instrumentos de adaptação aos diversos contextos.

Durante o percurso de estágio, foram desenvolvidas competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011) em todos os domínios, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal, pois toda a minha atuação enquanto mestranda em campo de estágio foi pautada pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais. No domínio da melhoria contínua e da qualidade, desenvolvendo iniciativas de melhoria no seio da equipa multidisciplinar, particularmente através da elaboração de folhetos para o SUP e para a UCIN, a elaboração dos livros de bolso dirigidos aos pais para a UCERN e também através da concretização de Procedimentos Sectoriais a fim de melhorar o cuidar em parceria na UCERN e UCIN. Não obstante, durante este percurso foi igualmente desenvolvido o domínio da gestão dos cuidados, como por exemplo, os cuidados planeados para os bebés da UCIN e UCERN, detentores de maior particularidade e complexidade que exigiam cuidados altamente diferenciados. Por fim, o domínio das aprendizagens profissionais foi concretizado através das sessões de formação realizadas na USF, SUP e UCIN, bem como com trabalho reflexivo comum a todos os campos de estágio e também a pesquisa contínua sustentação científica para as minhas intervenções e da partilha de conhecimentos.

É do foro de competências do EESIP, independentemente do contexto que a criança ou adolescente e sua família se deparam, saber responder a todas as situações envolventes e, especificamente, às situações de maior complexidade. Assim, o EESIP é detentor de conhecimentos e capacidades específicos que o possibilitam antecipar e responder a situações particulares de saúde (OE, 2018). Neste sentido, durante todo o meu período de estágio, considero que desenvolvi com sucesso as competências de EESIP descritas no Regulamento da OE publicado no Diário da República, 2ª Série, N.º 133 de 12 de Julho de 2018. Estas competências foram adquiridas pela concretização de todos os objetivos de estágio definidos, após uma reflexão acerca do diagnóstico de situação de cada contexto e através das atividades planeadas para cada um.

Pelo exposto, desenvolvi com aptidão a competência de assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, sendo que ao longo de todo o processo do cuidar, esteve patente a negociação e o envolvimento da criança na prestação de cuidados e no planeamento dos mesmos, trabalhando simultaneamente em parceria com os pais/família e desenvolvendo estratégias motivadoras que permitiram a assunção dos seus papéis na saúde, rumo à sua independência de acordo com as suas necessidades (E1.1.1 e E.1.1.3). Não obstante, durante este longo percurso, tive oportunidade de estar em contato com um vasto de leque de crianças, das quais a sua idade variou desde os zero aos dezoito anos de vida, o que me permitiu desenvolver competências de comunicação com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (E1.1.2). Foi através da identificação das necessidades das crianças e pais/família com quem tive oportunidade de contactar que lhes proporcionei conhecimento e aprendizagem de habilidades (E1.1.4.), através de métodos de educação para a saúde dirigidos não só às crianças mas também aos pais, para que, em parceria, estes adotassem comportamentos potenciadores de saúde, como as ofertas dirigidas aos pais e crianças a fim de os alertar para a predisposição da obesidade infantil, para o cuidado com a alimentação e hábitos de vida saudáveis, as orientações antecipatórias disponibilizadas através da realização do cartão-postal dirigido aos pais acerca da Plagiocefalia e Braquicefalia postural, informando-os acerca da importância desta problemática e medidas a tomar a fim de a evitar ou melhorar e da realização do cartão-postal dirigido aos pais acerca da preparação, ação e promoção de medidas a adotar a fim de assegurar o conforto e bem-estar da criança antes, durante e depois da vacinação.

A parceria de cuidados esteve paralela a todas as ações de delinee e que coloquei em prática, pelo que procurei sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E.1.1.5) e durante as consultas de Saúde Infantil e Pediatria na USF que tive oportunidade de assistir, procurei avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar da criança e desenvolvi técnicas de comunicação para reter a informação necessária (E.1.1.6). Já para

a competência que exige estabelecer e manter redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados (E.1.1.7) e para a competência que requer um trabalho em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde (E.1.1.10), contribuí para a implementação do Procedimento Sectorial em processo de elaboração na UCERN “DO HOSPITAL PARA CASA – O Enfermeiro de referência na transição de cuidados para o domicílio” durante o estágio da UCERN e implementei uma *Check-list* de alta para o domicílio a fim de estabelecer a continuidade dos cuidados após a alta.

A oportunidade de prestar cuidados em diferentes contextos de estágio e também a minha experiência profissional, permitiu-me desenvolver competências quanto ao meu desenvolvimento intelectual e aquisição de conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades (E1.2.1.), assim como desenvolvi competências que me permite saber quando e para onde/quem devo encaminhar as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais (E.1.2.2) . na avaliação dos comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde, através da validação dos ensinamentos/orientações fornecidas e observação e análise dos seus comportamentos de saúde.

Durante o estágio no SUP, várias foram as crianças e adolescentes que lá recorreram por diversos motivos de situação de doença, quer a nível físico, ou psicológico. Durante o período que estive no gabinete de triagem, identifiquei evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico (E.1.2.3), nomeadamente uma adolescente que deu entrada na urgência por tentativa de suicídio e que demonstrava claros sinais de descompensação psicológica, dando continuidade à sua ideação suicida. Durante este percurso, tive oportunidade de atender uma criança, acompanhada pela sua professora, que necessitou de cuidados após demonstrar sinais de violência física, como hematomas dispersos, soluções de continuidade e lesões abrasivas em todo o corpo e o membro superior imobilizado por uma lesão antiga. Durante o contacto com esta criança e professora, tive oportunidade de identificar situações de risco para a criança e jovem (E1.2.4) e ainda assistir a criança em situações de abuso, negligência e maus-tratos (E1.2.6).

Relativamente ao cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, dou especial destaque à experiência adquirida em estágio na USF e SUP onde realizei atividades que tinham como objetivo a promoção de medidas a adotar pelos pais, a fim de assegurar o conforto e bem-estar da criança durante a realização de procedimentos dolorosos, nomeadamente a realização de cartão-postal dirigido aos pais acerca da preparação, ação e promoção de medidas a adotar antes, durante e depois da vacinação para a USF e, também, a realização de um cartaz informativo e folhetos dirigidos aos pais acerca da promoção de medidas a adotar durante os cuidados na Sala de Tratamentos no SUP. Desta forma destaco a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem (E2.2.), através das atividades supracitadas.

A prestação de cuidados na UCIN permitiu-me reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte (E2.1) e ainda prestar cuidados de enfermagem apropriados e ainda dar resposta às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados (E2.3), devido à particularidade e complexidade da população internada durante o período de estágio e durante toda a minha experiência profissional na neonatologia. Ainda na UCIN, através da minha colaboração e liderança no processo de consolidação do Projeto “From Tummy do Mummy”, providenciei cuidados ao RNPT promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo ao método de canguru, sendo ele também uma terapia de enfermagem, amplamente suportada na evidência (E.2.4).

A prestação de cuidados na UCERN, permitiu o contacto direto com crianças que padecem de patologia crónica e defini objetivos e atividades de acordo com essa particularidade e sempre pautados pelo cuidar em parceria com os pais. Assim, promovi a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (E.2.5) através da realização de um livro de bolso para consulta direcionado para os pais/cuidadores acerca dos cuidados aos estomas de eliminação e à gastrostomia.

Por fim, foi desenvolvida a *prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*, particularmente quanto à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1) através da sua avaliação, registo e orientações antecipatórias aos pais

durante as consultas de Saúde Infantil e Pediatria na USF, quanto à promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (E.3.2), através da (re)implementação Método de Canguru na UCIN, quanto à competência de comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E.3.3), foi transversal a todos os contextos de estágio e permitiu desenvolver capacidades de comunicação e interação, quer com os pais, quer com as crianças. Já a promoção da autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (E.3.4) esteve patente no caso descrito *à priori* no SUP, com a adolescente que recorreu ao SUP por tentativa de suicídio.

Relativamente às competências de Enfermeira Mestre a adquirir ao longo deste percurso, publicadas em Diário da Republica (2018, p. 4162), posso afirmar seguramente que as desenvolvi e adquiri de forma a capacitar-me, no futuro, para prestar cuidados especializados e com a mestria que resulta de quem é detentor de determinadas competências, nomeadamente, obter conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação através da realização da Revisão Sistemática da Literatura presente nesta obra, bem como a publicação do Póster científico no 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”. Já a capacidade de saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a minha área de especialização, foi adquirida através do encaminhamento e sinalização de crianças na UCERN para a UMAD e Serviços de Saúde externos ao hospital no momento da alta para o domicílio. No que diz respeito à capacidade para integrar conhecimentos na gestão de questões complexas e para encontrar soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta na sua área de especialização, está associada ao meu papel como membro dinamizador do um Projeto do Método de Canguru na UCIN. No final deste longo percurso, posso afirmar também que sou capaz de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas

subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades através do exposto neste relatório e através de todas as minhas intervenções realizadas ao longo dos contextos de estágio, nomeadamente a realização de sessões de formação a profissionais especialistas e não especialistas e através da transmissão de conhecimentos adquiridos fundamentados pela evidência científica. Por último, adquirir competências que me permitem continuar a aprender ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo, podendo ser no futuro um elemento de referência para os meus pares, não só a nível de integração de novos elementos, mas também para assumir o papel de responsável pela formação. Como perspetivas futuras, a partir de todas as competências e conhecimentos adquiridos, fazer parte do corpo de um grupo de investigadores ou de um grupo de docentes do ensino superior é uma meta que vislumbro como uma possibilidade de crescimento a nível profissional e pessoal.

Para concluir este capítulo, posso assumir que incluí em todos os cuidados prestados ao longo deste caminho, os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, sendo elas: a responsabilidade profissional, ética e legal, a gestão da qualidade e dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e adquirir com sucesso as três competências específicas de Saúde Infantil e Pediátrica, descritas no Regulamento da OE publicado no Diário da República, 2ª Série, N.º 133 de 12 de Julho de 2018: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.



## 5. CONCLUSÃO

O presente relatório define o fim deste percurso, fruto da contínua mobilização de conhecimentos adquiridos durante a minha formação como enfermeira generalista, da minha experiência profissional e pessoal que em muito enriqueceu este percurso e da aquisição de novas competências como EESIP. Posso afirmar que os cuidados de enfermagem em pediatria têm passado por processos de metamorfose, sobretudo, no que diz respeito ao cuidar pautado pela parceria com os pais/família.

É do foro de competências do EESIP a transmissão do seu conhecimento à criança/família a fim de promover a saúde, prevenir a doença e, perante situações complexas em que delas resulte o disfuncionamento familiar, é o EESIP que tem como função intervir no sentido de ajudar os elementos intervenientes, criança, pais e família, a desenvolver competências de adaptação e organização para gerar estratégias que permitam saber lidar com tais situações complexas. Assim, é preponderante que o EESIP tenha a capacidade de estabelecer um cuidar em parceria, a fim de promover a maximização de saúde da criança. Com o intuito de concretizar esta parceria de cuidados, o EESIP deve investir numa relação terapêutica com os pais/família e daí estabelecer a confiança necessária entre pais e enfermeiro para que esta parceria seja harmoniosa. São os pais o primeiro e principal sistema de confiança e socorro para a criança. Do envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança, advém a oportunidade para adquirir competências que vão suportar as adversidades e fortalecer o vínculo da tríade em todos os momentos da vida da criança e sua família.

Ao longo do tempo, como supracitado, ocorreram processos de mudança nos cuidados de enfermagem, nomeadamente a aceitação da díade criança/família como seres indissociáveis pois são os pais/família os detentores da responsabilidade do cuidar e bem-estar da criança. Esta mudança ocorreu para poder responder à necessidade de manter o equilíbrio familiar e aproximar a criança, tanto quanto possível, do seio em que ela está inserida. Aqui, é essencial que o EESIP saiba identificar os fatores que possam afetar o desenvolvimento normal da criança, transmitindo conhecimentos adequados de

forma a envolver os pais/família nos cuidados à criança, trabalhando em parceria.

Durante todo este percurso, adquiri com sucesso competências de EESIP, porém, foi a experiência vivenciada em realidades distintas e o contacto com outras formas de prestação de cuidados que enriqueceram o meu campo do saber e da prática e possibilitaram uma visão mais ampla e generalizada do papel que o EESIP assume nas diversas realidades.

Para definir o caminho a percorrer nestes estágios, foram definidos objetivos e atividades a partir de diagnósticos de situação observados *in loco* em cada contexto de estágio. Procurei desenvolver os objetivos e aplicar as atividades previamente definidas, sustentados pela evidência científica e pelas competências de EESIP preconizadas pela OE (2018). Completei este percurso, rasgando a meta e concluindo com sucesso todos os objetivos e atividades propostos para os campos de estágio que tive oportunidade de conhecer. Contudo, quero ressaltar o grande salto da minha intervenção: a introdução do Método de Canguru na UCIN. Como já referido, o Método de Canguru já teve uma aplicabilidade muito maior, mas, devido aos fatores citados anteriormente, houve um abandono progressivo desta técnica. No entanto, após a minha intervenção, com os resultados obtidos através da auditoria realizada, houve uma adesão de 100% (tendo em conta os bebés aptos a realizar o Método de Canguru e a disponibilidade dos pais).

A elaboração deste relatório teve sempre presente a reflexão e análise pessoal de todas as situações vivenciadas no decorrer do estágio, contendo também justificação científica de forma a nutrir resultados positivos, caminhando para um cuidar pautado pela excelência e baseado na evidência.

A profissão de enfermagem atravessa hoje momentos de grande tensão, mas deverá partir dos profissionais a ação direcionada para a mudança. É na marca que deixamos em todas as pessoas que necessitam do nosso cuidado e no impacto que temos para a sociedade que nos elevamos e carregamos a profissão de Enfermagem para um nível mais alto.

No decurso deste caminho, várias foram as experiências que vivenciei e que foram, sem dúvida, uma mais-valia tanto a nível profissional, como pessoal.

Todas as áreas que tive oportunidade de estagiar foram altamente compensadoras em todos os níveis. Na USF, pelo primeiro impacto de estágio que experienciei e pela forma como reconheci que são os cuidados de saúde primários que devem dar a primeira resposta à criança em situação de doença, a fim de evitar as falsas urgências no SUP. Na UCERN que adquiri competências comunicacionais que me ajudaram, em muito, neste longo percurso. O SUP ofereceu-me uma visão mais alargada da dinâmica dos cuidados urgentes/emergentes e permitiu conceber uma reflexão crítica do que é o nosso sistema de saúde atual. Por fim, o estágio na UCIN, veio estabelecer uma posição mais segura, não só nos cuidados prestados ao bebé, mas também com os pais e restante equipa de saúde.

Ao longo da realização deste relatório, admito que passei por diversas dificuldades na realização do mesmo, nomeadamente na organização, na esquematização de ideias e até na descrição dos objetivos e atividades definidos. Contudo, através da minha dedicação alicerçada a um método de trabalho apropriada, atingi mais uma competência e com sucesso ultrapassei todas as minhas dificuldades. Não obstante, este relatório contribuiu ainda para a aquisição de capacidades de reflexão e para a consciencialização da importância da teoria agregada à prática.

Chego a esta fase final com a consciência que o término desta etapa corresponde ao início de uma nova fase, início de uma metamorfose da qual resultará um acréscimo de responsabilidades que são intrínsecas do EESIP, onde desejo continuar a desenvolver competências que me eleve a um nível profissional de excelência.



## 6. BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho. Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Lisboa: Educa.
- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formação – Formação em Saúde.
- Aein, F., Alhani, F., Mohammadi, E. & Kazemnejad, A. (2009). *Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran. Nursing and Health Sciences*.
- Araújo, K., Poyart, M., Barros, M., Lopes, J. & Chiappetta, A. (2004). Os efeitos do controle motor oral na alimentação de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal. *Revista CEFAC – Saúde e Educação*. 6. 382-387.
- Barros, L. (2003). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*. Lisboa. Vol. 18, nº2, 196-306. ISSN: 1413-359.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem (Edição comemorativa)*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berman, R., Gracia, S. & Espinosa, F. (2004). Método Canguru. *Revista Rol de Enfermería*. 27. 63-67.
- Boletim Informativo 191/05. Conselho de Administração (2005). Hospital Dona Estefânia.
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brett, A., Cordinhã, C., Faria, D., Mimoso, G. & Salgado M. (2012). *Positional plagiocephaly: how to act?* *Revista Saúde Infantil*. 34(1): 30-35.
- Brown, P., & Wise, M. (2001). *HPN Complication Chart. Nova Iorque: The Oley Foundation*.
- Busse, M., Stromgren, K., Thorngate, L. & Thomas, K. (2013). *Parent's Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit. Critical Care Nurse*. 33 (4).
- Caetano, L., Scochi, C. & Angelo, M. (2005). Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 13. 562-568.

- Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*. In Glasper, E.; Tucker, A. *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press.
- Casey, A. & Mobbs, S. (1988). *Partnership in practice*. Em: *Nursing Times*. Vol. 84. Nº44.
- Casey, A. (1995). *Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers*. Em: *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 22. Nº6.
- Castro E., Kern, E. & Augusto C. (2002). Implicações da doença orgânica crónica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: reflexão e crítica*. 15(3):625-635.
- Cavalier A, Picaud J. (2008). *Prevention of positional plagiocephaly*. *Arch Pediatric*. 15: S20-3.
- Coletto M. & Câmara S. (2009). Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crónica: o contexto dos cuidados. *Revista Científica Perspectivas em Psicologia*. 5(1):97-110.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE Versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ceolim M., Costa T. (2010). A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. *Revista: Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS)*. 31(4): 776-84.
- Correia, A. (2010). *Coping e autoeficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo I*. Porto: universidade Fernando pessoa, faculdade de ciências humanas e sociais.
- Deconchy, J. (1980). *O desenvolvimento psicológico da criança e adolescente*. Lisboa: Editorial Pórtico.
- Diário da República (2018). Mestrado. Artigo 15º - Grau de mestre. 1º série – Nº 157 – 16 de agosto de 2018. p. 4162.
- Direcção-Geral da Saúde. *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS.

- Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS.
- Eichel, P. (2001). *Kangaroo care: Expanding our practice to critically ill neonates. Newborn and Infant Nursing Reviews.*
- Eleutério, F., Rolim, K., Campos, A., Frota, M. & Oliveira, M. (2008). O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe-canguru. *Ciência, Cuidado e Saúde.* 7. 439-446.
- Farrel, M. (1994). Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. Em: *Nursing.* 27-28.
- Faria, H. (2012). Interação e perfis de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica. Dissertação de doutoramento em psicologia, especialidade de psicologia da saúde. Apresentada Universidade de Lisboa, Faculdade de psicologia, Lisboa.
- Ferreira, C., & Costa, A. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais /bebé pré-termo. *Revista Millenium.* Escola Superior de Enfermagem de Viseu. 51-8.
- Ferreira, L. & Viera, C. (2003). A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. *Acta Scientiarum Health Sciences.* 25. 41-50.
- Figueiredo, A., Pina, C., Tonete, P., Lima, G. & Mello, F. (2011). Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. *Latino-Americana de Enfermagem.* 19 (3). 1-8.
- Filho, F., Silva, A., Lamy, Z., Gomes, M. & Moreira, M. (2008). Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro).* 84. 428-435.
- Freitas R., Alonso N., Shib, J. & Persing J. (2010). Assimetrias cranianas em crianças: diagnóstico diferencial e tratamento. *Revista Brasil: Cirurgias Craniomaxilofaciais.* 13(1): 44-8.
- Gibs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to teaching & learning methods.* Oxford: Oxford Brookes University.
- Gleitman, H. (2002). *Psicologia (5ªed.).* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Guidetti, M., Cavazza, N. (2007). *Structure of the relationship between parents' and children's food preferences and avoidances: Na explorative study*. *Appetite*, 50. p. 83-90.
- Henning, M., Gomes, M. & Morsch, D. (2010). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades*.
- Hockenberry M. & Wilson D. (2014). *Wong – Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª Edição. Loures. Lusociência. ISBN: 978-959—748-004-1.
- Circular informativa N.º 048/2009. Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. Abertura da Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais (UCERN) - Hospital de Dona Estefânia. Lisboa: s.n., 02 de Fevereiro de 2009.
- Jaaniste T., Hayes, B. & Von Baeyer L. (2007). *Effects of preparatory information and distraction on children's cold-pressor pain outcomes: a randomized controlled trial*. *Behaviour Research and Therapy*. 45. 2789-2799. PubMed Abstract.
- Johnston, C., Stevens B., Pinelli, J., Gibbins S., Fillion, F., Jack, A., Steele, S., Boyer, K. & Veilleux, A. (2003). *Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 157. 1084-1088.
- Jackson P., Vessey, J. & Schapiro, N. (1996). *Primary Care Of The Child With a Chronic Condition*. 2ªedição. Missouri: Mosby.
- Johnson, K. (2013). *Maternal-Infant Bonding: A Review of Literature*. 28(3), 17– 2335, 835–852.
- Johnston, C., Campbell-Yeo, M. & Fernandes, A. (2017). *Skin-to-skin care for procedural pain in neonates*. 1-19. PubMed; PMID 28739607.
- Jorge, M. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.
- Jonsson, L., Hallstrom, I. & Lundgvist, A. (2012). *The Logic of Care” - Parents’ perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes*. *BMC Pediatr*.

- Lamy, Z., Gomes, M., Gianini, N. & Hennig, M. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10. 659-668.
- Ludington-Hoe S. (2011). *Thirty years of kangaroo care science and practice*. *Neonatal Network*, 30(5), 357–362.
- Lusignan, S., Pritchard, K. & Chan, T. (2002). *A knowledge-management model for clinical practice*. *Journal Postgraduate Medicine* 48, p. 297-303.
- Maia, F., Azevedo, V. & Gontijo, F. (2011). Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. *Revista Brasil*. (23): 370-373.
- Mancia, R., Cabral, C. & Koerich, S. (2004). Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Revista brasileira de Enfermagem*. Brasília. V 57. N 5.
- Mano, J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*. Lisboa. N.º 8. p. 53-61.
- Martins, A. & Santos I. (2008). Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 10. 703-710.
- Megel, E., Heser, R. & Matthews K. (2002). *Parents assistance to children having immunizations*. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 25. 151-165.
- Mendes, M. (2010). Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família. Em: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III série. N.º 6. p. 113-121.
- Mendes, M. (2013). A natureza da parceria de cuidados em enfermagem em pediatria: Um contributo para a parceria efetiva. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. 1ª edição. Brasília.

- Mooney-Leber, M. & Brummelte, S. (2017). *Neonatal pain and reduced maternal care: early-life stressors interacting to impact brain and behavioral development. Neuroscience.* 342: 21-36.
- Mörelius, E., Theodorsson, E., & Nelson, N. (2005). *Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. Pediatrics.* 116(5), 1105–1113.
- Mota, L., Sá, F. & Frota, M. (2005). Estudo comparativo do desenvolvimento sensório-motor de recém-nascidos prematuros da unidade de terapia intensiva neonatal e do método canguru. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* 18. 191-198.
- Moyse, K. (2009). *Promotion Health in children and Young People. The role of the nurse.* West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Neves, A. (2015). Identidade e formação de estudantes de enfermagem em contexto de cuidados domiciliários. III Encontro de boas práticas em enfermagem em cuidados de saúde primários. Auditório: Louise Mabilille da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria. Porto.
- Okada, M., Teixeira, M., Tengan, S., Bezerra, S. & Ramos, C. (2001). Dor em Pediatria. *Revista de Medicina.* São Paulo. 80. p.135-156.
- Opperman, S. & Cassandra, A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea.* Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.*
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Kangaroo Mother Care a practical guide.* Geneva: Department of Reproductive Health and Research.
- Pedro, J. (2009). *Parceiros no cuidar: a perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica.* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Pereira, A. (2009). *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais.* Universidade

do Minho, Instituto de Estudos da Criança. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho.

- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Plano de Acção da USF 2016/2018. Unidade de Saúde Familiar de Villa Longa. (2018). Vialonga. Lisboa.
- Ramalho, A. (2005). Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: Estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau. Formação e Saúde, Lda.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República II Série, N.º 35. 8648-8653.
- Regulamento Interno da USF 2015/2017. Unidade de Saúde Familiar de Villa Longa (2018). Vialonga. Lisboa.
- Regulamento N.º 422/2018 de 28 de Julho. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Diário da República II Série, N.º133. 19192-19194.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República II Série, N.º 26. 4744-4750.
- Reis, M., Remper, G., Scott, D., Brady-Fryer, B. & Van Aerde, J. (2010). *Developing Nurse/Parent Relationships in the NICU through Negotiated Partnership. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Vol. 39, N.º 6. p. 675-683.
- Romaniuk, D., O'Mara, L. & Akhtar-Danesh, N. (2014). *Are parents doing what they want to do? Congruency between parents actual and desired participation in the care of their hospitalized child*. Em: *Comprehensive Pediatric Nursing*. Vol. 37. N.º2. P. 103-121.
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. Em: *Revista Percursos*, n.º 15.

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

- Sanders, L. & Buckner, E. (2006). *The Newborn Behavioral Observations System as a nursing intervention to enhance engagement in first-time mothers: Feasibility and desirability. Pediatric Nursing. 32(5). 456-459.*
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. Revista: Referência. nº11. Coimbra.
- Schreen G. & Matarazzo C. (2013). Tratamento de plagiocefalia e braquicefalia posicionais com órtese craniana: um estudo de caso. 11(1): 114-8.
- Smith, F. (1995). *Childrens Nursing in practice: The Nottingham model.* Oxford: *Blackwell Science.*
- Stanhope M. (1999). Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociências.
- Swallow, V., Knafl, K., Sanatacroce, S., Hall, A., Smith, T., Campbell, M. & Webb, N. (2012). *The Online Parent Information and Support project, meeting parents' information and support needs for home-based management of childhood chronic kidney disease: research protocol. Journal of Advanced Nursing.*
- Tamez, R. (2013). Enfermagem na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Theofanidis D. (2007). *Chronic Illness in Childhood: Psychosocial adaptation and nursing support for the child and the family. Health Science Journal. 2.*
- UHL, T., Fisher, K., Docherty, S. & Brandon, D. (2013). *Insights into patient and family-centered care through the hospital experiences of parents. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. Vol. 42. N. °1. p. 121-131.*
- Universidade Católica Portuguesa. (2018). Instituto de Ciências da Saúde. Guia de Estágio. Lisboa.
- Valentine F. & Lowes L. (2007). *Nursing Care of Children and Young People with Chronic Illness.* Blackwell Publishing. United Kingdom.

- Venâncio, S. & Almeida, H. (2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. 80 (supl). S173-S180.
- Vieira, A. (2008). Necessidades de Aprendizagem dos Pais na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão da Literatura. *Revista: Servir*. Vol. 56. N.º 3-4. p. 146-154.
- Whaley, L. & Wong, D. (1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. (2ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- *World Health Organization*. (2003). *Department of Reproductive Health and Research. Kangaroo Mother Care: a practical guide*. Geneva: *World Health Organization*.
- Young, J., Mccann, D., Watson, K., Pitcher, A., Bundy, R., & Greathead, D. (2006). *Negotiation of care for a hospitalized child: parental perspectives*. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*.



## **Apêndices**



Apêndice I – Fluxograma Prisma da RSL: As intervenções de enfermagem promotoras do empowerment parental no cuidar da criança com doença crónica





Figura 1 – Fluxograma Prisma de processo de seleção de artigos



Apêndice II - Cartão-postal: Plagiocefalia e Braquicefalia postural



## Frente

Logotipo da Instituição

**PLAGIOCEFALIA E BRAQUICEFALIA POSTURAL**



Normal      Plagiocefalia      Braquicefalia

**Como deve posicionar o seu bebé?**

**É importante estar consciente do crescente número de casos de Plagiocefalia Postural<sup>1</sup>.**

Os pais devem ter um papel ativo no tratamento, adotando e cumprindo as recomendações do profissional de saúde.

~

**A profilaxia é fundamental!**

**O QUE É**




**Normal**  
A região posterior é arredondada. Ambos os lados são simétricos.

**Plagiocefalia**  
Um dos lados é mais alto que o outro. Uma orelha pode estar mais próxima do ombro em um dos lados.

**Braquicefalia**  
A cabeça é "curta" na medida ântero-posterior. A parte posterior é achatada. Há uma elevação posterior do topo da cabeça.

A plagiocefalia postural é o formato assimétrico do crânio, isto é, refere-se a uma deformidade da cabeça resultante de forças externas aplicadas ao crânio maleável do bebé<sup>4</sup>. Na maioria dos casos desenvolve-se ao longo dos primeiros meses de nascimento, resultante do constante posicionamento do bebé para o mesmo lado aquando em repouso<sup>2</sup>.

## Verso



**COMO ACTUAR?**

**Reposicionar o seu bebé**

A deteção precoce é fundamental para o sucesso do tratamento!


O seu bebé deve dormir em Decúbito Dorsal (de barriga para cima) mas é aconselhado brincar em Decúbito Ventral (de barriga para baixo). Desta forma, estimula também o desenvolvimento neuromuscular do seu bebé.

É igualmente importante que, durante o repouso, o seu bebé alterne o lado de posição da cabeça, ou até mesmo lateralizá-la, de forma a evitar forças de pressão sempre do mesmo lado<sup>3</sup>.

Referências Bibliográficas

1. Brett A, et al. Positional plagiocephaly: how to act?. *Revista Saúde Infantil* 2012; 34(1):30-35.
2. Cavalier A, Picquard JC. Prevention of positional plagiocephaly. *Arch Pediatr*. 2008; 15:520-3.
3. Freitas R, et al. Assimetrias cranianas em crianças: diagnóstico diferencial e tratamento. *Rev Bras Cir Craniofacial* 2010; 13(1): 44-8
4. Schreen G, Matarazzo C. Tratamento de plagiocefalia e braquicefalia posicionais com órtese craniana: estudo de caso. 2013; 13(1): 114-8.

Realizado por: Enf.ª Marta Félix (Estudante de Mestrado em ESIP da UCP, 2018)  
Sob orientação da Enf.ª C.M.





Apêndice III - Cartão-postal: medidas de conforto na vacinação



Logotipo  
da  
Instituição

## O meu bebé vai ser vacinado e eu vou estar preparada/o

As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento!<sup>1</sup>  
A vacinação, apesar de ser um procedimento breve, é doloroso e daí resultam momentos de grande ansiedade nas crianças<sup>2</sup>...

Aqui, os pais têm um papel muito importante na preparação das crianças para a vacinação, porque "um adulto calmo e seguro ajuda a criança a organizar-se e a confiar"<sup>3</sup>!

### Como reagem as crianças?

#### Até aos 18 meses

Choro vigoroso e agitação severa

#### Entre os 5 e os 6 anos

Choro contínuo e vigoroso, gritas e resistência que resultam da não compreensão de atitudes de proteção e tratamento e da sua finalidade. Não obstante, têm um pensamento mágico e associam a dor à punição.

#### Entre os 10 e os 13 anos

Choro menos frequente e resistência.

Apesar de já compreenderem o que é a vacinação e qual a sua finalidade, demonstram ainda medo e ansiedade relativamente à dor.



Frente

Verso

## COMO PREPARAR A SUA CRIANÇA

### Até 18 meses

Deve avisar que vai fazer a vacina a fim de se proteger.

### Entre os 5 e os 6 anos

Deve avisar no próprio dia que vai fazer a vacina, de forma a não criar períodos de ansiedade nos dias anteriores. Tente não se centrar na dor mas sim na importância de ser vacinado!

### Entre os 10 e os 13 anos

Deve avisar a criança pelo menos um dia antes, de forma a que a criança se prepare antecipadamente. Deve referir a importância da vacinação como método preventivo de doenças graves.

### O que não deve dizer?

"Vais levar uma pica", "vais ficar de castigo",  
"se te portas mal, levás outra", "não vai doer",  
"Deixa-te aqui sozinha", "Só és forte se não chorares" ou "não me envergonhes"...

**Seja calma e tolerante!**

### O que fazer durante a vacinação?

#### Até aos 18 meses

Amamentar, acarinhar, tocar, dar colo, dar a chucha e objeto favorito, cantar, utilizar objetos sonoros e frases simples

#### Entre os 5 e os 6 anos

Cantar, contar e dizer o abecedário, construir lego e respirar fundo

#### Entre os 10 e os 13 anos

Deixe que a criança exprima os seus sentimentos, crie um ambiente de confiança e converse com a criança sobre um assunto do seu interesse



### Referências Bibliográficas

1. Barros, L. A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*. Lisboa, Vol. 18, nº2, 196-205. ISSN: 1413-359.
2. Faria, H. (2012). *Ansiedade e perfil de comportamentos das crianças, pais e cuidadores durante a vacinação pediátrica*. Lisboa: Faculdade de Psicologia. Tese de Mestrado.
3. Hockenberry M, Wilson D (2014). *Wong - Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª Edição. Loures. Lusociência. ISBN: 978-959-748-004-1.
4. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação 2017. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS.

Cartão elaborado por: Enf.ª Marta Félix (Estudante de Mestrado em ESP da UCP, 2017)  
Sob orientação da Enf.ª Catarina Malena e Prof.ª Doutora Elisabete Nunes

CIUSUA  
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO  
UNIVERSITÁRIA DE SAÚDE



Apêndice IV - Cartaz informativo: Sem hesitar, vamos vacinar... e vamos esperar!





**SEM HESITAR, VAMOS  
VACINAR...**

**... E VAMOS ESPERAR!**



**APÓS FAZER UMA VACINA OU INJEÇÃO  
DEVE FICAR NA SALA DE ESPERA 15 A 30  
MINUTOS.**

**Não tenha pressa, venha com  
tempo!**

**Poderá ter alguma reação adversa e está  
sempre a equipa da USF por perto para o  
ajudar de imediato!**

Logotipo  
da  
Instituição

Cartão realizado por: Dr.ª Marta Félix (Estudante de Mestrado em ESP da UCP, 2018)  
Suborientação de Dr.ª C. M.





Apêndice V – Sessão de Formação: “Obesidade, o resultado do desequilíbrio alimentar”



# OBESIDADE INFANTIL

*O resultado do desequilíbrio alimentar*

**Alimentação equilibrada**

**Alimentação desequilibrada**

**Obesidade infantil**

Infographic illustrating the relationship between feeding practices and childhood obesity. It features a scale where 'Alimentação equilibrada' (balanced feeding) is on the left and 'Alimentação desequilibrada' (unbalanced feeding) is on the right. The right side is significantly heavier, leading to 'Obesidade infantil' (childhood obesity). A central figure shows a normal child on the left and an obese child on the right.

## Sumário

- Introdução
- Leite materno
- Leite materno VS leite artificial
- Introdução de alimentos antes dos 6 meses
- Açúcar, a droga do momento
- Reeducação alimentar
- Hábitos de vida saudáveis
- Bibliografia

tes  
hal

to cerebral, crescimento e corporal, mas também a metabólica com impacto sobre as doenças do adulto relacionadas a esta condição (Oliveira et al, 2017).

**Summary**

- Introdução
- Leite materno
- Leite materno VS leite artificial
- Introdução de alimentos - meses
- Açúcar, o drágo do momento
- Educação alimentar
- Hábitos de vida saudáveis
- Bibliografia

## Obesidade Infantil

A obesidade é das doenças mais prevalentes na infância e continua a ser um desafio global e prioritário nos países da União Europeia (OMS, 2011).

A relação entre os fatores de risco relacionados com o início de vida e esta doença tem vindo a confirmar a etiologia multifatorial desta doença sendo, no entanto, ainda escassa (Baleia et al, 2010).

**Obesidade Infantil**

No entanto, é importante reconhecer que há fortes elementos genéticos e/ou constitucionais na predisposição à obesidade.

## Obesidade Infantil

No entanto, é importante reconhecer que há fortes elementos genéticos e/ou constitucionais na predisposição à obesidade!

3

Ver zoom neste ponto da Trilha

esso de  
ome e  
mentos  
is está  
aramada

## Alimentar o recém-nascido



## Características do leite materno

O leite humano é o único alimento energético, nutricional e imunológico que os recém-nascidos consomem em quantidade suficiente.

Além de fortalecer a imunidade o leite materno mantém o crescimento e o desenvolvimento normais, melhora o sistema gastrointestinal, cognitivo e nervoso (Oliveira & Fanaro, 2015).

## Características do leite materno VS leite artificial

### O leite materno:

- > teor proteico nos primeiros meses
- O teor de lípidos e hidratos de carbono vão aumentando gradualmente ao longo dos meses
- Oligossacarídeos (exclusivo LM)
- Leptina (regula a sensação de saciedade)
- Alfa-lactalbumina (desenvolvimento e comportamento neurológico)
- Colesterol, Omega 3 e lipase (actuam no sistema digestivo - alterações digestivas estão relacionadas com obesidade)

## Características do leite materno VS leite artificial

O que mais diferencia o leite de vaca do humano, e por isso mesmo mais transtornos pode causar, é a composição de proteínas e o desequilíbrio entre os minerais (Vilelas, 2011):

- Teor proteico muito elevado e modificado
- Presença de caseína em quantidade aumentada
- < teor de lípidos, nomeadamente ausência de lipase
- Devido > teor proteico, > níveis insulina e, por sua vez, > depósito de gordura no organismo

## *Importância do aleitamento exclusivo até aos 6 meses*

Vários estudos apontam que é possível ocorrer um mecanismo para o leite materno desempenhar uma proteção contra a obesidade, sendo provável que o leite materno esteja envolvido no fenómeno do "imprinting" metabólico promovendo a partir de uma exposição do indivíduo por determinado período aos componentes do leite humano, uma diminuição na suscetibilidade deste tornar-se obeso na infância e na vida adulta (Aguilar & Silva, 2011)

## *Introdução dos alimentos antes dos 6 meses*

O desmame precoce do leite materno e a introdução inadequada de alimentos podem comprometer o crescimento e a qualidade de vida dos bebés e podem desencadear a obesidade que pode se iniciar em qualquer idade (Vicari, 2013).

**13**

*Introdução dos alimentos antes dos 6 meses*

A nutrição no início da vida afeta não apenas o desenvolvimento cerebral, crescimento e composição corporal, mas também a programação metabólica com impacto sobre as doenças crônicas do adulto relacionadas com a alimentação (Oliveira et al, 2017).

*Obesidade*

A obesidade é das doenças na infância e continua r.

Para dar zoom neste ponto da Trilha

**14**

*Introdução dos alimentos antes dos 6 meses*

O aumento da prevalência global de sobrepeso e obesidade é devido a mudanças no padrão alimentar com modificação nos hábitos nutricionais, físicos e de consumo (Vicari, 2013).

Faça zoom neste ponto da Trilha

15

## *açúcar, a nova droga do séc. XXI*

O açúcar pode ser consumido, porém em quantidades muito reduzidas...

O consumo em excesso pode desencadear processos indesejáveis como a obesidade.

Para dar zoom neste ponto da Trilha



16

## *açúcar, a nova droga do séc. XXI*

É uma fonte de energia, mas a dieta normal tem açúcares naturais em abundância, o suficiente para cobrir nossas necessidades.

- Leite (lactose)
- Frutas (frutose e sacarose)
- Lactose é desdobrada pelo processo digestivo em glicose + galactose e a sacarose em glicose + frutose
- O amido das farinhas de cereais e dos tubérculos e raízes também são desdobrados no intestino em moléculas de glicose.

**Reeducação alimentar**

A criança com excesso de peso tem mais fome e preferência por alimentos que engordam, pois está geneticamente programada para tal.

**Alimentar o recém-nascido**

Tamanho do estômago de um recém-nascido

1 Dia	5 Dias	1 Seman
Tamanho de uma cereia	Tamanho de um arroz	Tamanho de um ovo

este ponto da Trilha

**Hábitos de vida saudável desde o nascimento**

- Aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses
- Introdução de alimentos complementares só a partir dos 6 meses de forma lenta e gradual
- Alimentação complementar variada, estimulando o consumo de frutas, verduras e legumes
- Evitar o consumo de açúcar, refrigerantes, café, fritos, doces, guloseimas nos primeiros anos de vida e utilizar sal com moderação

## *Hábitos de vida saudáveis desde o nascimento*

- Fazer refeições fraccionadas ao longo do dia
- Evitar que as refeições sejam realizadas em frente à televisão ou computador
- Evitar oferecer alimentos como recompensa
- Incentivar a actividade física regular

o dar zoom neste ponto da Trilha

## *Prevenir é a melhor conduta contra a obesidade*

**MUITO OBRIGADA PELA  
VOSSA PRESENÇA!**

Maria Félix, Enfermeira

Curso de Mestrado em Enfermagem -  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediátrica  
ICS - UCP, Lisboa

## Bibliografia

1. Aguiar, H. & Silva, A. (2011). Amamentação materna - A importância de estudar. *Acta Med (act)* 20(1), 24, 697-698.
2. Baines, V. et al. (2010). Peso à nascença, aleitamento materno e obesidade infantil - COG Portugal - Poster.
3. Basso, M. et al. (2008). Ingestão de alimentos fluidos e risco de excesso de peso nos crianças. *Em Acta Med (act)* 20(2), 21, 35-37.
4. Freitas, M. et al. (2014). Efeitos do aleitamento materno exclusivo e seu efeito sobre o estado nutricional de pré-escolares. *Em Saúde Saúde* (2014) 20(6) 6503.
5. Galvão, M. & Medeiros, M. (2008). Lactação materna: uma abordagem de educação do lactante. *Em Ciências, Cuidado e Saúde* (2008) v. 3, n. 2, p. 200-205.
6. Han, S. et al. (2013). Timing of Solid Food Introduction and Risk of Obesity in Preschool-Aged Children. *Em: Jho & Med (act)*.
7. Neto, T. & Gonçalves, R. (2004). Aleitamento materno versus aleitamento artificial. *Em: Estudos* (2004), v. 41, especial, p. 7-14.
8. Oliveira, M. & Frazão, S. (2013). Aleitamento materno na prevenção de sobrepeso, obesidade infantil e diabetes. *Em: Brasil (act)*. *Em: (act)*, 30(4), 288-297.
9. Oliveira, T. et al. (2015). Associação entre o aleitamento materno, introdução alimentar e desenvolvimento neuropsicomotor nos primeiros seis meses de vida. *Em: Distúrb. Comun.* 36(4) (2015), 262-273.
10. Vizon, E. (2013). Aleitamento materno, a introdução da alimentação complementar e a sua relação com a obesidade infantil. *Em: Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 2(4) (2013), v. 7, n. 40, p. 72-83.
11. Vilegas, A. (2013). O aleitamento materno e o risco da obesidade infantil. *Em: Saúde Scientia - Revista de Ciências da Saúde da EUSCIV*, Vol. 3.
12. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. WHO (Web site) 2011 (consultado a 28 de Maio de 2015). Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/whsr2010main/>.



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: A Saúde da Criança e Família - Vigilância e  
Decisão Clínica

## **PLANO DE SESSÃO**

“Obesidade, o resultado do desequilíbrio alimentar”

**MARTA FILIPA SILVANA FÉLIX**

n.º 192017051

Sob a orientação pedagógica da Professora  
Doutora Elisabete Nunes e da Sr.ª Enfermeira  
orientadora C.M.

Lisboa, 11 de Maio de 2018



## Plano da Sessão

1. **Projeto:** Programa existente na USF - Obesidade
2. **Tema:** “Obesidade, o resultado do desequilíbrio alimentar”
3. **Local:** Ludoteca, USF Villa Longa
4. **População Alvo:** Equipa multidisciplinar da USF Villa Longa
5. **Objetivos:**
  - Sensibilizar a equipa para os cuidados contra a Obesidade Infantil a fim de os transmitir para os pais;
  - Evidenciar a importância do cuidado alimentar desde o nascimento.

## Plano da Sessão

	Conteúdos	Métodos Pedagógicos	Materiais de apoio Pedagógicos	Tempo Previsto	Formadora	Avaliação da Sessão
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e Enquadramento do tema;</li> <li>• Nota Introdutória.</li> </ul>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>		5 min.	<p>Dr.ª <del>Mima</del> Ariscrisna</p> <p>Enf.ª Marta Félix</p>	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leite materno</li> <li>• Leite materno VS leite artificial</li> <li>• Introdução dos alimentos antes dos 6 meses</li> <li>• Açúcar, a droga do Séc. XXI</li> <li>• Reeducação alimentar</li> <li>• Hábitos de vida saudáveis</li> </ul>	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Demonstrativo</p>	<p>Videoprojector</p> <p>Computador</p>	20 min.	Enf.ª Marta Félix	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo da temática e principais pontos abordados;</li> <li>• Apresentação de ofertas dirigidas aos pais e crianças presentes na USF Villa Longa</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> <li>• Avaliação da Sessão.</li> </ul>	<p>Expositivo</p>		10 min.	Enf.ª Marta Félix	Entrega de questionário de avaliação da Sessão aos participantes

## Questionário de Avaliação Final

DESIGNAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: "OBESIDADE, O RESULTADO DO DESEQUILÍBRIO ALIMENTAR"

DATA: 11 DE MAIO DE 2018

NOME DO PARTICIPANTE (facultativo): \_\_\_\_\_

LOCAL DA SESSÃO: \_\_\_\_\_

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por favor assinale no respetivo  na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

### 1 – Qual a importância que atribui a esta sessão como contributo...

	1	2	3	4	5
1.1 No seu desenvolvimento profissional					
1.2 No seu desenvolvimento pessoal					
1.3 Na excelência da sua equipa					

### 2 – Como avalia a sessão de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração					
2.2 Pertinência do tema					
2.3 Método de apresentação					
2.4 Apreciação Global					

### 3 - Como avalia a Enfermeira que apresentou a sessão

	1	2	3	4	5
3.1 Domínio demonstrado do tema					
3.2 Exposição clara e precisa do conteúdo					
3.3 Motivação e incentivo à participação					
3.4 Apreciação Global					

Pontos fortes desta sessão de formação

---

---

---

Pontos fracos desta sessão de formação

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração!

---







**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: A Saúde da Criança e Família - Vigilância e  
Decisão Clínica

## **RELATÓRIO DA SESSÃO**

“Obesidade, o resultado do desequilíbrio alimentar”

**MARTA FILIPA SILVANA FÉLIX**

n.º 192017051

Sob a orientação pedagógica da Professora  
Doutora Elisabete Nunes e da Sr.ª Enfermeira  
orientadora C.M.

Lisboa,  
11 de Maio de 2018



## 1. INTRODUÇÃO

A concretização da sessão sobre a Obesidade surgiu no âmbito do plano anual de formações da USF Villa Longa, definido no início do ano para toda a equipa da unidade, englobando todas as classes profissionais. Deste modo integrei a equipa de família responsável por este tema e assim fortaleci e transmiti conhecimentos relativos à obesidade infantil.

Estavam presentes cerca de 24 profissionais, 11 médicos, 8 enfermeiras e 5 administrativas. A sessão foi interativa, mas pouco participativa, mas no final da sessão foi fácil compreender que os objetivos pretendidos foram atingidos: sensibilizar a equipa para os cuidados contra a obesidade Infantil a fim de os transmitir para os pais e evidenciar a importância do cuidado alimentar desde o nascimento.

Relativamente à avaliação, foi entregue uma folha de avaliação individual a cada um dos participantes na sessão.

Em dois de três itens de avaliação, os participantes colocaram a pontuação de 4 (elevado) e um dos itens foi pontuado com 5 (muito elevado), o que revelou uma grande satisfação da parte da equipa em geral.

De seguida, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos após o preenchimento da folha de avaliação fornecida ao público presente na sessão.

Este documento pretende apresentar esses mesmos resultados, que respondem *per si*. Concluo, então, que esta sessão foi bastante frutífera para o público-alvo envolvido.



## 2. RESULTADOS OBTIDOS

1. **Tabela A:** Resultado ao item - “Qual a importância que atribui a esta sessão como contributo...”

	No seu desenvolvimento profissional	No seu desenvolvimento pessoal	Na excelência da sua equipa	Resultado (%)
Muito baixo	0	0	0	0%
Baixo	0	0	0	0%
Médio	0	0	0	0%
Elevado	19	18	20	79,2%
Muito elevado	5	6	4	20,8%
Total respostas	24	24	24	100%

2. **Tabela B:** Resultado ao item - “Como avalia a sessão de formação em relação a”

	Duração	Pertinência do tema	Método de apresentação	Apreciação global	Resultado (%)
Muito baixo	0	0	0	0	0%
Baixo	0	0	0	0	0%
Médio	0	0	0	0	0%
Elevado	24	22	24	20	93,8%
Muito elevado	0	2	0	4	6,2%
Total respostas	24	24	24	24	100%

3. **Tabela C:** Resultado do item – “Como avalia a enfermeira que apresentou a sessão?”

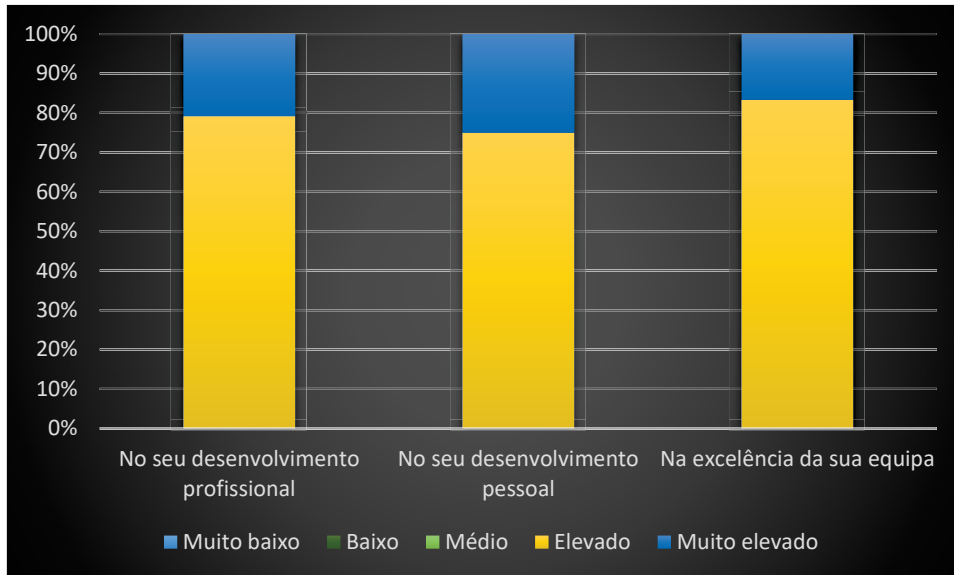
	<b>Domínio demonstrado do tema</b>	<b>Exposição clara e precisa do conteúdo</b>	<b>Motivação e incentivo à participação</b>	<b>Apreciação global</b>	<b>Resultado (%)</b>
<b>Muito baixo</b>	0	0	0	0	0%
<b>Baixo</b>	0	0	0	0	0%
<b>Médio</b>	0	0	0	0	0%
<b>Elevado</b>	2	0	24	20	48%
<b>Muito elevado</b>	22	24	0	4	52%
<b>Total respostas</b>	24	24	24	24	100%

4. **Tabela D:** Resultados das questões abertas - Pontos fracos VS pontos fortes da sessão

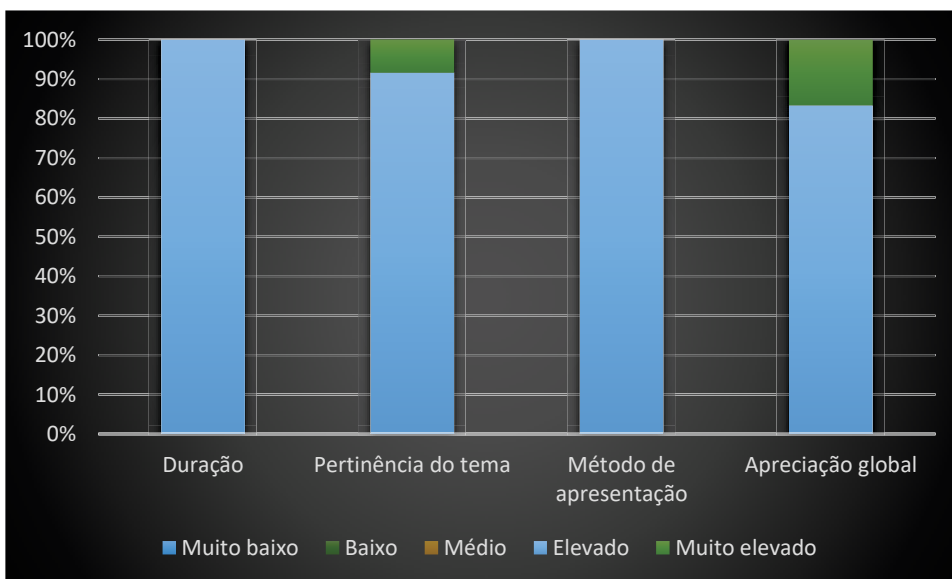
<b>Pontos fortes</b>	<b>Pontos fracos</b>
Boa organização de pensamento; Capacidade de gestão emocional	Transmissão de emoções (nervosismo)

### 3. TRATAMENTO DE DADOS

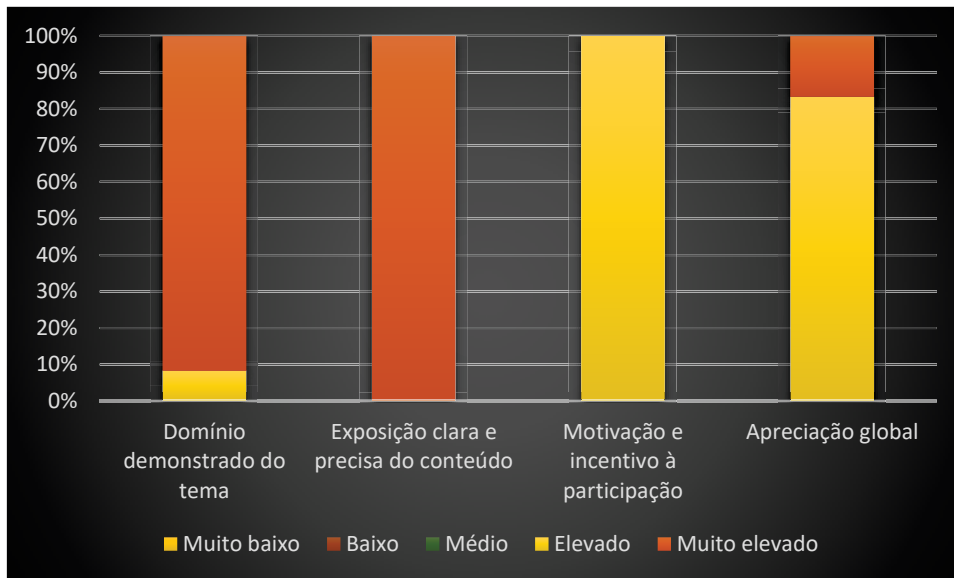
1. **Gráfico A:** Resultado do item - “Qual a importância que atribui a esta sessão como contributo...”



2. **Gráfico B:** Resultado do item - “Como avalia a sessão de formação em relação a:”



**3. Gráfico C:** Resultado do item – “Como avalia a enfermeira que apresentou a sessão?”



#### 4. CONCLUSÃO

Para concluir esta avaliação, perante os resultados obtidos, em 79,2% e 93,8% (a maioria das respostas) colocaram a pontuação de 4 (elevado), relativamente à questão “Qual a importância que atribui a esta sessão como contributo...” e “Como avalia a sessão de formação em relação a”, respetivamente.

Relativamente à atribuição da pontuação 5 (muito elevado), obteve-se 52% de resultados obtidos na questão que concerne a avaliação da enfermeira que realizou a sessão de formação. Não obstante, foram apontados dois pontos fortes (boa organização de pensamento e boa gestão emocional) e apenas um ponto fraco (transmissão de emoções, relativamente ao nervosismo demonstrando).

Já para a pontuação 1,2 e 3, estas não foram colocadas em nenhuma das respostas obtidas.

Assim, afirmo que estes resultados revelaram uma grande satisfação da parte da equipa relativamente à importância que esta sessão teve para o desenvolvimento profissional e pessoal dos participantes, bem como para a excelência da equipa em geral. Não obstante, relativamente à duração, pertinência do tema, método de apresentação e apreciação global, os participantes demonstraram igualmente elevada satisfação.

Assim, posso concluir que os resultados obtidos falam por si e que esta sessão foi bastante frutífera para o público-alvo envolvido na sessão. Já para mim, enquanto pessoa e profissional de saúde, considero que foi uma mais-valia para o meu crescimento a todos os níveis e pretendo continuar a intervir de forma enriquecedora para a evolução dos meus pares.



Apêndice VI – Recompensas oferecidas na vacinação





Fotografias: da minha própria autoria



Apêndice VII – Reflexão crítica do estágio da Unidade Curricular: A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: A Saúde da Criança e Família - Vigilância e  
Decisão Clínica

## **REFLEXÃO CRÍTICA DO ESTÁGIO**

**MARTA FILIPA SILVANA FÉLIX**

n.º 192017051

Sob a orientação pedagógica da Professora  
Doutora Elisabete Nunes e da Sr.ª Enfermeira  
orientadora C.M.

Lisboa,  
11 e Maio de 2018



## 1. INTRODUÇÃO

Os percursos de vida de cada pessoa, bem como as suas experiências alcançadas, determinam e influenciam diretamente a construção da identidade profissional do indivíduo (Neves, 2015).

Abreu (2001) refere que “a matriz, a identidade profissional de base, é formada na escola, espaço importante na socialização dos enfermeiros”. Não obstante, sedimenta-se após um contacto profundo e prolongado com os contextos de trabalho (Neves, 2015).

Notoriamente que existem aprendizagens que podem apenas ser assimiladas através da leitura de um livro, já outras só podem ser aprendidas em comunhão com o outro ou através da reflexão (Lusignan et al, 2002).

É a contribuição do pensamento reflexivo que conduz para uma conceção mais formada e para a consciencialização do desempenho num determinado contexto, constituindo como suporte para a afirmação da identidade profissional (Abreu, 2007).



## 2. ENQUADRAMENTO

Segundo Santos, E. & Fernandes, A. (2004), a reflexão é considerada como um processo de análise consciente, dinâmico, persistente e cuidadoso sobre as experiências de cuidar a criança e família, só sentido se o enfermeiro atingir uma nova compreensão e apreciação da sua prática.

Assim, a partir do Ciclo de Gibbs, as autoras definiram um guia para a reflexão estruturada, definindo três etapas principais no processo de reflexão: descrição, reflexão e síntese/avaliação (Tabela 1). Estas incluem a construção de uma nova perspectiva de conduta futura, sendo que em cada uma das etapas definidas, inclui-se um conjunto de questões e indicadores de realização que poderão ajudar o estudante/profissional na concretização da reflexão (Santos & Fernandes, 2004).

Etapas	Questionamento	Indicadores de realização
<b>1. Descrição da situação tal qual é percebida:</b> <i>descrição da situação em termos de acções, pensamentos e sentimentos presentes assim como as circunstâncias (local e pessoas) e características da situação (criança e família).</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é que aconteceu?</li> <li>- Em que local e com que pessoas?</li> <li>- Quais as características da situação?</li> <li>- O que é que se passou contigo?</li> <li>- O que fiz e como o fiz?</li> <li>- Que pensamentos me ocorreram durante o acontecimento?</li> <li>- O que é que eu senti?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Descreve uma situação de desconforto considerando:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- características da situação;</li> <li>- circunstâncias em que ocorreu;</li> <li>- acções realizadas pelo próprio;</li> <li>- sentimentos e pensamentos pessoais presentes.</li> </ul> </li> <li>- <b>Explicita a natureza do desconforto, centrado em si mesmo.</b></li> </ul>
<b>2. Reflexão:</b> <i>Processo de análise consciente acerca do que ocorreu em termos de pensamentos, sentimentos e acções em confronto com as crenças e pressupostos subjacentes, pessoais e do contexto, assim como em confronto com o estado do conhecimento relativo a essa prática (situação).</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é que tentei fazer?</li> <li>- O que é que eu pretendia com as minhas acções?</li> <li>- Porque razões agi como agi?</li> <li>- Quais as consequências/implicações das minhas acções para a criança e a família, para mim próprio e para as pessoas com quem trabalho?</li> <li>- Como é que esta situação me afecta?</li> <li>- O que influenciou a minha tomada de decisão e acções (conhecimentos, tecnologias, crenças e valores)?</li> <li>- O que pensam as pessoas envolvidas, da situação? Quais os seus propósitos e intenções?</li> <li>- Quais os consensos presentes no contexto?</li> <li>- Quais as crenças e valores das pessoas presentes na situação?</li> <li>- Como é que a criança e a família se sentiram?</li> <li>- Como é que sei como é que eles se sentiram?</li> <li>- Quais os factores internos e externos que influenciaram a minha tomada de decisão e acções?</li> <li>- O que diz a teoria acerca da situação em causa?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Analisa os factores presentes na situação:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Factores pessoais:</i></li> <li><i>Acções</i> - razões, intenções e implicações para o próprio e pessoas envolvidas.</li> <li><i>Sentimentos e Pensamentos</i> - razões.</li> <li>• <i>Factores contextuais:</i></li> <li><i>Crenças subjacentes às práticas</i> - perspectivas das pessoas envolvidas.</li> <li><i>Pressupostos normativos</i> - protocolos, normas e/ou critérios de actuação existentes</li> <li>• <i>Conhecimento teórico actual.</i></li> </ul> </li> <li>- <i>Pesquisa bibliográfica</i> acerca dos aspectos significativos da situação.</li> </ul>
<b>3. Síntese/avaliação da reflexão realizada:</b> <i>Discurso acerca da natureza das distorções, inconsistências e incongruências entre a experiência pessoal e as perspectivas dos outros e construção da nova perspectiva da situação.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existem algumas <i>distorções, inconsistências ou incongruências</i> entre aquilo que fiz e o que poderia ter feito?</li> <li>- Que sentido atribuo a esta experiência, considerando a experiência passada e a prática futura?</li> <li>- O que mudou na minha forma de conhecimento na prática empírica, ética, estética e pessoal?</li> <li>- Revendo a experiência, em que é que eu mudei ou me desenvolvi?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Faz síntese de confronto de perspectivas:</b> <i>distorções/incongruências</i> presentes.</li> <li>- <b>Avalia a situação inicial:</b> Juízo tendo em conta a natureza das <i>distorções/incongruências</i>.</li> <li>- <b>Desenvolve uma nova perspectiva sobre a sua conduta futura.</b></li> </ul>

Tabela 1 - Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Pág. 61.



### 3. REFLEXÃO CRÍTICA

Os Cuidados de Saúde Primários são o primeiro nível de contacto dos indivíduos, família e comunidade com o Sistema Nacional de Saúde. Este tipo de cuidados, prestados a crianças, jovens e famílias exercem um importante papel na promoção da saúde e na prevenção da doença, através de Consultas de Saúde Infantil e Juvenil. Segundo Stanhope (1999, p.25) esta será a “oportunidade de ensinar às crianças e a prestadores de cuidados a promoção, prevenção e a manutenção da saúde e, no regime ambulatorio, de prestar cuidados centrados na família”.

No dia 30 de Abril de 2018, tive a oportunidade de iniciar o primeiro estágio da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria na Unidade de Saúde Familiar (USF) Villa Longa. As minhas expectativas para este estágio eram bastante elevadas, sendo que é uma área pela qual me suscita maior interesse.

À chegada, fui recebida pela enfermeira C., doravante minha orientadora de estágio, que me apresentou as infraestruturas da USF e me explicou o funcionamento da mesma. Fui ainda apresentada a toda a equipa multidisciplinar presente na Unidade. Desde então, fui acompanhada pela minha orientadora da forma mais profissional e, simultaneamente, carinhosa possível. Foi, confesso, uma agradável surpresa! Defendo que é importante nos cruzarmos na vida com pessoas que nos preenchem, que nos elevam, que trazem o melhor de nós e são um verdadeiro exemplo do que é ser uma pessoa com um coração enorme. Para além de ser minha orientadora, considero que foi, acima de tudo o que a vida académica exige, uma amiga que levo para a vida. Penso que tenha sido por me identificar com a sua essência que me leva a querer que fez todo o sentido nos termos cruzado. Assim, saber saltar da posição de orientadora, descer o degrau e oferecer um abraço, é muito mais que orientar alunos. É orientar e alimentar o nosso interior e servir de fio-guia, com aquele abraço que nos empodera, que nos preenche e, essencialmente, nos ajuda. Por tudo o que me foi transmitido, um o mais sincero e profundo agradecimento, C.

Foram um total de 180h que me enriqueceram a nível de aprendizagem, não só no âmbito profissional, mas igualmente no âmbito pessoal. Ao longo do meu

estágio, participei ativamente nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil, agindo de acordo com a fase de desenvolvimento, personalidade, e idade da criança presente. Participei também na sala de vacinação, administrando vacinas, aconselhando os pais e respetivas crianças e alertando para os demais efeitos secundários. Em todos os contactos que tive com as crianças e pais, sugeri cuidados a tomar a fim de maximizar a saúde da criança e seu conforto, empoderando os pais e capacitando-os a fim de estimular a parceria de cuidados. Não obstante, referenciei duas crianças para a Urgência hospitalar após observação e avaliação da mesma.

No decorrer deste estágio, aproveitei todas as oportunidades para estimular o empowerment dos pais, envolvendo-os nos cuidados prestados à criança e reforçando a parceria de cuidados. Pereira (2009) defende que a relevância desta abordagem centrada na parceria habita no reconhecimento de que a família é o elemento essencial para o desenvolvimento da criança e, daí a maximização da sua saúde. A importância desta abordagem é justificada pelo autor apontando características como: “o respeito pelas escolhas da família e pelos seus processos de decisão, ênfase nas competências da criança e da família, e nas parcerias família/profissional.” (Pereira, 2009).

De acordo com Smith (1995), a parceria de cuidados assenta no reconhecimento de que cuidar da criança inclui cuidar da família também, respeita o conhecimento dos pais sobre os filhos bem como o direito de participarem no processo de cuidados e na tomada de decisão, permitindo assim à família manter o controlo da situação que vivencia.

Quer Casey (1988), quer Smith (1995), reconhecem o conhecimento dos pais sobre o filho. No entanto, para Smith (1995), é importante a negociação entre os enfermeiros e os pais da criança a fim de prestar cuidados de excelência.

Assim, Mendes (2013) refere que a abordagem para cuidar em parceria assenta assim num processo contínuo de negociação, de discussão entre pais e enfermeiros, que resulta na partilha de decisões sobre o processo de cuidados à criança e ainda reforça que essa abordagem referida à priori implica igualdade entre os parceiros, partilha de informações e responsabilidade partilhada.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) justifica a minha prática, afirmando que a competência de trabalhar em parceria com a criança e família, em qualquer contexto em que ela se encontre, pertence ao papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o qual presta cuidados de nível avançado, com segurança e competência na satisfação das necessidades da criança e suas famílias.

A preparação da criança, em parceria com os pais, para procedimentos desconhecidos e dolorosos, como a vacinação, atenua a dor tal como se verifica na teoria do portão da dor. Desta forma, damos continuidade à promoção da parentalidade, definida pela CIPE, versão 2.0, como “tomar conta: assumir a responsabilidade de ser mãe e/ou pai; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos do papel parental adequados ou inadequados” (CIPE, 2011, p.66). Os enfermeiros devem centrar-se em estratégias pertinentes para trabalhar com as famílias, para que estas possam promover cuidados adequados às crianças e devem abordar a importância do papel parental na promoção da saúde (Sanders & Buckner, 2006).

A fim de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista, é de maior importância que estes contemplem uma relação de parceria com a família, onde se pretende que os pais (ou pessoa significativa) participem nos cuidados prestados à criança/jovem (OE, 2011).

Corroborando esta afirmação, Ceolim e Costa (2010) defendem que a equipa de enfermagem deve saber identificar os problemas adjacentes à família e delinear soluções a fim de servir como suporte de apoio.

Perante estas duas afirmações está compreendido o meu objetivo específico: **Contribuir para a adoção de comportamentos que visam a maximização da saúde da criança conduzida pelo cuidado em parceria com os pais**, bem como todas as atividades delineadas para este projeto, nomeadamente: **Realização de cartão-postal dirigido aos pais acerca da Plagiocefalia e Braquicefalia postural, informando-os acerca da importância desta problemática e medidas a tomar a fim de a evitar ou melhorar; Realização**

**de um cartaz informativo para sensibilizar os pais da importância de permanecer no edifício da USF após administração de vacinas; Participação na sessão de sensibilização contra a Obesidade integrada no programada existente na USF, celebrando assim o Dia Nacional de luta contra a Obesidade e ainda realizar ofertas dirigidas aos pais e crianças a fim de os alertar para a predisposição da obesidade infantil, para o cuidado com a alimentação e hábitos de vida saudáveis.**

Os cartões-postal acerca da Plagiocefalia e Braquicefalia postural foram entregues aos pais que participaram nas consultas de Saúde Infantil, cujos bebés eram menores que os 6 meses de idade, por se enquadrarem na prevalência desta problemática e, não obstante, foram sempre alertados para este problema. Relativamente à avaliação, tive a oportunidade de observar os pais e respectivos bebés em consultas realizadas após a minha intervenção e denotei uma preocupação direcionada com o posicionamento e postura dos bebés e a necessidade dos pais em referir como agiram a fim de cumprir as minhas indicações.

Já os cartões-postal acerca da preparação, ação e promoção de medidas que os pais devem adotar na vacinação foram entregues aos pais que acompanharam as crianças na administração das vacinas, com um vasto espectro de idades (desde os dois meses até aos 13 anos de idade, segundo o Plano Nacional de Vacinação), não obstante, foram sempre alertados para a importância da sua intervenção no sentido de os capacitar a confortar a criança e, como consequência, melhorar o procedimento e reduzir a ansiedade da mesma. Relativamente à avaliação, tive a oportunidade de observar alguns pais que abordei durante a vacinação de um dos filhos e, posteriormente, regressaram com os outros/as filhos/as e demonstraram uma postura bastante diferente e positiva, com o intuito de confortar a criança que iria ser vacinada.

Como havia necessidade de o cartaz informativo ser revisto primeiramente pelo Conselho Técnico, foi realizado um cartaz informativo de dimensões mais pequenas e entregues individualmente aos pais que acompanharam as crianças na administração das vacinas, não obstante, foram sempre alertados para a importância da permanência no edifício da USF após vacinação e, como

consequência, promover a segurança da criança que foi submetida ao procedimento.

A entrega de ambos os cartões-postal e do mini-cartaz informativo foi feita de forma direta e bastante interativa, pelo que gerou algumas questões, que foi sempre possível responder e esclarecer.

Após a minha intervenção, denotei nos pais uma maior preocupação direcionada com o bem-estar da criança envolvida e a necessidade dos mesmos em referir como agiram a fim de cumprir as minhas indicações, o que revelou uma grande satisfação da parte dos pais relativamente à importância que esta minha interferência teve nos cuidados prestados por eles. Posso concluir que estas atividades foram bastante frutíferas para o público-alvo envolvido, os pais.

O cuidado de enfermagem deve ter em conta o bem-estar da criança/família, com base nos cuidados em parceria, centrados na família e não traumáticos. O sucesso de um procedimento doloroso, como a vacinação por exemplo, depende em grande parte da construção de bons relacionamentos e parcerias práticas com os pais/cuidadores. A imunização na criança requer a cooperação com os pais, habilidades de comunicação e relacionamento (Figueiredo, Pina, Tonete, Lima, Mello, 2011).

De acordo com Whaley & Wong (1999), existem algumas técnicas comunicacionais criativas aplicáveis em procedimentos dolorosos, nomeadamente, técnica da terceira pessoa - adoção da terceira pessoa com recurso a **fantoches ou bonecos**. Não obstante, os autores defendem que as crianças preparadas para a vacinação através do brinquedo apresentam mudanças no seu comportamento: melhor aceitação, maior verbalização de sentimentos e temores (Whaley & Wong, 1999). Aqui, está então inserida a atividade: **Distribuição uma recompensa (fantoches) às crianças entre os dois e os cinco anos de idade presentes na vacinação.**

Tive também oportunidade de participar nas 11as Jornadas da Família, que tiveram lugar nos dias 3 e 4 de Maio, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa. Considero que foi uma mais-valia neste contexto de estágio e, sem

dúvida, ajudou-me a dar um passo de gigante na minha prestação e perceção deste vasto mundo que é os cuidados na comunidade.

Ao longo da minha prática, nunca outrora tinha tido a oportunidade de conhecer o funcionamento e dinâmica de uma USF e sem dúvida, é uma mais-valia o contributo que esta unidade tem para a comunidade. A decoração do serviço estava muito bem conseguida, com papel de parede infantil em todas as salas de Saúde Infantil e Juvenil. A preocupação no reforço positivo após cada procedimento e a entrega de diplomas de bom comportamento estavam presentes nas consultas, o que demonstra o carinho com que as crianças são cuidadas naquele local.

Estes dias foram muito gratificantes e possibilitaram-me a aprendizagem a vários níveis. Sem dúvida que foi uma mais valia para os estágios que se seguem, contribuindo para um aumento de competências teórico-práticas para continuar esta caminhada.

Importa referir que a intervenção do enfermeiro exige disponibilidade e humanidade para a possibilidade de se dar e se abrir ao outro. Estes são atributos que se revelam como um passo gigante no processo de ajuda ao próximo, de descoberta e de encontro para a relação em comunhão com o outro. Na relação observada ao longo do meu estágio, a enfermeira de família conhece não só a criança, mas também todo o seio familiar, a forma como vivem e encaram os processos de saúde e doença, as suas forças e os seus recursos, de forma a estimular a sua intervenção direta, para que seja um elemento ativo na promoção da saúde, capacitando-os e responsabilizando-os pela mesma. Esta é uma tarefa nem sempre simples, mas essencial na assistência e acompanhamento de pais e crianças ao longo da vida.

A observação participante e a reflexão crítica foram estratégias aprimoradas ao longo deste estágio a fim de aprofundar conhecimentos, analisar as práticas de cuidados assegurando a qualidade, bem como o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

#### 4. BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho. Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Lisboa: Educa.
- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formação – Formação em Saúde.
- Casey, A. & Mobbs, S. (1988). *Partnership in practice*. Em: *Nursing Times*. Vol. 84. Nº 44.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE Versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa T., Ceolim M. (2010). *A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura*. Revista: *Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):776-84.
- Figueiredo, G. L. A., Pina, J. C., Tonete, V. L. P., Lima, R. A. G. & Mello, D. F. (2011). *Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos*. *Latino-Americana de Enfermagem*. 19 (3). 1-8.
- Gibs, G. (1988) – *Learning by Doing: A Guide to teaching & learning methods*. Oxford: *Oxford Brookes University*.
- Lusignan, S. et al (2002) – *A knowledge-management model for clinical practice*. *Journal Postgraduate Medicine* 48, p. 297-303.
- Mendes, M. G. (2013). *A natureza da parceria de cuidados de enfermagem em pediatria. Um contributo para a parceria efetiva*. Tese de Doutoramento. UCP, Lisboa.
- Neves, Ana (2015). *Identidade e formação de estudantes de enfermagem em contexto de cuidados domiciliários – III Encontro de boas práticas em enfermagem em cuidados de saúde primários*. Auditório Louise Mabile da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria. Porto.

- Pereira, A. (2009). Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais. Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho.
- Sanders, L. & Buckner, E. (2006). *The Newborn Behavioral Observations System as a nursing intervention to enhance engagement in first-time mothers: Feasibility and desirability. Pediatric Nursing. 32(5). 456-459.*
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. Revista: Referência, nº11. Coimbra.
- Smith, F. (1995). *Childrens nursing in practice: The Nottingham model. Oxford: Blackwell Science.*
- Stanhope M. (1999). Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociências.
- Whaley, L. F. & Wong, D. L. (1999). Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva (2ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

Apêndice VIII – Livro de bolso: O meu filho tem um estoma



IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO  
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

# O MEU FILHO TEM UM ESTOMA

Morada da Instituição

Contacto telefónico da Instituição  
Correio eletrónico da Instituição

Logotipo da  
Instituição

Realizado por: En<sup>ª</sup> Marta Félix (Estudante de  
Mestrado em ESIP da UCP, 2018)  
Sob orientação da En<sup>ª</sup> C.C.



## O QUE PRECISO DE SABER?





# O QUE É UM ESTOMA?

UM ESTOMA É UM ORIFÍCIO REALIZADO NA PAREDE ABDOMINAL ATRAVÉS DE UMA CIRURGIA, COM O OBJETIVO DE ELIMINAR FEZES E/OU URINA POR ESTE LOCAL

A ELIMINAÇÃO NÃO É CONTROLADA VOLUNTARIAMENTE

GERALMENTE É TEMPORÁRIO

PERMITE A COMUNICAÇÃO ARTIFICIAL ENTRE O ÓRGÃO ATÉ AO EXTERIOR



# TEM COMO FUNÇÃO...

DRENAR

ELIMINAR FEZES OU URINA

DESCOMPRIIR

ALIVIAR TENSÃO

RECUPERAR A FUNÇÃO DO ÓRGÃO AFETADO

# TIPOS DE ESTOMAS DE ELIMINAÇÃO

ILEOSTOMIA (INTESTINO DELGADO)

COLOSTOMIA (INTESTINO GROSSO)

NEFROSTOMIA (APARELHO URINÁRIO)

# COMO CUIDAR DO ESTOMA



**ATENÇÃO! ANTES E DEPOIS DOS CUIDADOS AO ESTOMA, DEVE SEMPRE LAVAR AS MÃOS.**

# COMO CUIDAR DO ESTOMA

1. PREPARAR E REUNIR TODO O MATERIAL NECESSÁRIO PARA TROCAR O SACO COLETOR E A PLACA
2. RETIRAR A PLACA DE CIMA PARA BAIXO
3. LIMPAR A PELE EM REDOR COM AGUA TÉPIDA E SABÃO NEUTRO
4. SECAR BEM A PELE DE SEGUIDA COM TOALHA MACIA E MOVIMENTOS SUAVES
5. NÃO APLICAR PERFUMES, CREMES OU OUTRAS SUBSTANCIAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA

# COMO CUIDAR DO ESTOMA

6. MEDIR O TAMANHO DO ESTOMA COM UM MOLDE
7. MARCAR O TAMANHO NO PAPEL E RECORTAR
8. SEPARAR O PAPEL PROTETOR DA PLACA E ADAPTAR SOBRE O ESTOMA, PRESSIONANDO LEVEMENTE
9. COM A CRIANÇA DEITADA, COLOCAR O SACO PARA A REGIÃO LATERAL DO ABDÓMEN PARA FACILITAR A LIMPEZA E MANIPULAÇÃO
10. CERTIFICAR QUE FICOU BEM ADAPTADO, SEM FUGA DE FEZES OU URINA

# COMO CUIDAR DO ESTOMA

O SACO É TROCADO DE \_\_\_\_\_ EM \_\_\_\_\_ DIAS E SEMPRE QUE NECESSÁRIO!



# COMO ESVAZIAR O SACO?

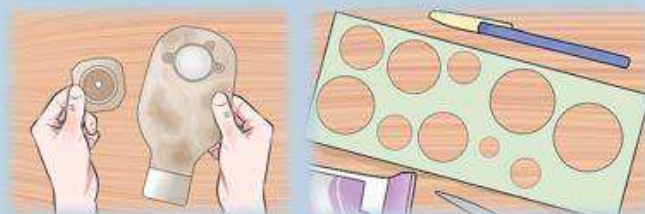
1. O SACO DEVE SER ESVAZIADO SEMPRE QUE ESTEJA METADE DA SUA CAPACIDADE PREENCHIDA DE MODO A EVITAR A SAÍDA DE FEZES OU URINA

2. O CONTEÚDO DEVE SER DESPERDIÇADO PARA UM RECIPIENTE OU PARA A SANITA

3. DEVE SEMPRE AVALIAR AS CARACTERÍSTICAS DAS FEZES E/OU URINA QUANTO AO:

- QUANTIDADE
- COR
- CHEIRO
- ASPETO

# MATERIAL



# QUE ROUPA ESCOLHER?

ROUPA ADEQUADA AO TAMANHO DA CRIANÇA

CERTIFICAR-SE QUE A ROUPA NÃO TEM ELÁSTICOS OU ETIQUETAS INTERIORES QUE POSSAM PROVOCAR LESÕES NO ESTOMA



# E QUANDO SAIR DE CASA?

DEVE LEVAR O MATERIAL DENTRO E UMA BOLSA:

1. PLACA JÁ COM RECORTE
2. SACO COLETOR
3. ÁGUA OU SORO FISIOLÓGICO PARA LIMPEZA DO ESTOMA
4. COMPRESSAS
5. TOALHA OU FRALDA DE PANO PARA SECAR O ESTOMA
6. MUDA DE ROUPA

# COMPLICAÇÕES

ADAPTAÇÃO INADEQUADA DA PLACA DE ESTOMA

INFLAMAÇÃO DA PELE EM REDOR DO ESTOMA

RETRAÇÃO/INVAGINAÇÃO (AFUNDAR-SE PARA DENTRO DA PELE ABDOMINAL)

PROLAPSO (O ESTOMA EXTERIORIZAR-SE PARA FORA DA PELE ABDOMINAL)

ESTENOSE (ESTREITAMENTO DA PAREDE ABDOMINAL)

# QUANDO DEVO RECORRER AO HOSPITAL?

SE A COLORAÇÃO DO ESTOMA FOR: AZULADA,  
PRETA OU ESBRANQUIÇADA/PÁLIDA

SE CASO DE OBSTIPAÇÃO OU O ABDÓMEN  
COMEÇAR A FICAR DISTENDIDO, TENSO E  
DOLOROSO

EM CASO DE HEMORRAGIA DO ESTOMA

# ALIMENTAÇÃO

A SUA CRIANÇA PODE ALIMENTAR-SE  
NORMALMENTE DE ACORDO COM A SUA  
IDADE

NO ENTANTO, EXISTEM ALIMENTOS QUE  
PODEM CAUSAR GASES, DIARREIA OU  
OBSTIPAÇÃO, PELO QUE DEVE EVITAR...



# ALIMENTAÇÃO

**GASES:** COUVE, PEPINO, REPOLHO, RABANETE, CEBOLA, FEIJÃO E BEBIDAS COM GÁS

**DIARREIA:** ALIMENTOS MUITO CONDIMENTADOS, FEIJÃO-VERDE, BRÓCOLOS, FRUTOS SILVESTRES, ESPINAFRES, GRELOS

**OBSTIPAÇÃO:** MILHO, AIPO, AVELÃS, REPOLHO, TORANJA, PASSAS DE UVA, FRUTOS SECOS, ALIMENTOS FRITOS, CASCAS DE MAÇÃ E LARANJA

# CONTACTOS



**HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**  
- 21 31 26 600

**ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS OSTOMIZADOS (APO)**  
- 21 88 41 281

**HOSPITAL SÃO JOSÉ**  
- 218841281

**HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER**  
- 210431536

**HOSPITAL AMADORA SINTRA**  
- 214348310/ 12

# CONTACTOS



HOSPITAL CURRY CABRAL

- 217924200

HOSPITAL REINALDO DOS SANTOS

- 263276701

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS

- 210025200

LIGA DOS AMIGOS DO HOSPITAL  
DISTRITAL DO BARREIRO

- 212147300

# CONTACTOS



CENTRO HOSPITALAR DAS CALDAS DA  
RAINHA

- 262830300

HOSPITAL DE SANTARÉM

- 243370220

HOSPITAL CURRY CABRAL

- 217324200

HOSPITAL GARCIA DE ORTA

- 212940294

- 212727225

Apêndice IX – Livro de bolso: Cuidados à Gastrostomia



IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO  
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

# LIVRO DE BOLSO CUIDADOS À GASTROSTOMIA

Morada da Instituição

Contacto telefónico da Instituição  
Correio eletrónico da Instituição

Logotipo da  
Instituição

Realizado por: En<sup>ª</sup> Marta Félix (Estudante de  
Mestrado em ESIP da UCP, 2018)  
Sob orientação da En<sup>ª</sup> C.C.

 CITOLCA  
INSTITUTO DE CÉLULAS  
2007-2008

## O QUE PRECISO DE SABER?



# O QUE É UMA GASTROSTOMIA?

UMA GASTROSTOMIA É UM ORIFÍCIO REALIZADO NO ABDÔMEN, ATRAVÉS DE UMA CIRURGIA, QUE COMUNICA O ESTÔMAGO COM O EXTERIOR E TEM COMO FUNÇÃO ALIMENTAR A CRIANÇA.

# QUAL A FUNÇÃO DA PEG?

PERMITE QUE OS ALIMENTOS (EM ESTADO LÍQUIDO OU PASTOSO), LÍQUIDOS E MEDICAMENTOS SEJAM ADMINISTRADOS DIRETAMENTE NO ESTOMAGO POR IMPOSSIBILIDADE DA CRIANÇA SER ALIMENTADA ORALMENTE



# COMO CUIDAR DA GASTROSTOMIA



**ATENÇÃO! ANTES E DEPOIS DOS CUIDADOS À GASTROSTOMIA, DEVE SEMPRE LAVAR AS MÃOS.**

# COMO CUIDAR DA GASTROSTOMIA

**NA PRIMEIRA SEMANA, O PENSO DO LOCAL DE INSERÇÃO DA PEG DEVERÁ SER TROCADO DIARIAMENTE OU EM SOS**

**DEVE SER UTILIZADA TÉCNICA ASSÉPTICA:**

- LIMPAR COM SORO FISIOLÓGICO A PELE EM REDOR DO ESTOMA, DE SEGUIDA DEVE SER REALIZADA DESINFEÇÃO DO LOCAL COM UM ANTISSÉPTICO
- CORTAR UM PEQUENO QUADRADO DE COMPRESSA AO CENTRO DE FORMA A ENVOLVER A PEG NO LOCAL DE INSERÇÃO

**OBSERVAR DIARIAMENTE AS CARACTERÍSTICAS DO ESTOMA E DA PELE EM REDOR**

# COMO CUIDAR DA GASTROSTOMIA

NÃO APLICAR CREME HIDRATANTE NA REGIÃO EM REDOR DO ESTOMA POIS MANTÉM A PELE HÚMIDA, CRIANDO UM AMBIENTE PROPÍCIO PARA REPRODUÇÃO DE BACTÉRIAS/FUNGOS

CONTACTAR DE IMEDIATO A EQUIPA MÉDICA SE OBSERVAR SINAIS INFLAMATÓRIOS COMO

- VERMELHIDÃO EM REDOR DA PEG
- EDEMA/TUMEFACÇÃO
- DOR AGUDA E PERSISTENTE
- PRESENÇA DE EXSUDADO

# SONDA OU BOTÃO?



# CUIDADOS NA ALIMENTAÇÃO

APÓS RETIRAR A TAMPA DA PEG, CLAMPAR/TAPAR A EXTREMIDADE DE FORMA A EVITAR A ENTRADA DE AR PARA O ESTOMAGO

ANTES DE ALIMENTAR A CRIANÇA, CERTIFIQUE-SE QUE A PEG ESTÁ NO ESTÔMAGO ATRAVÉS DA ASPIRAÇÃO DO CONTEÚDO GÁSTRICO



# CUIDADOS NA ALIMENTAÇÃO

OS ALIMENTOS DEVEM SER ALIMENTADOS À TEMPERATURA AMBIENTE

A CONSISTÊNCIA DOS ALIMENTOS DEVE SER PASTOSA OU LÍQUIDA, DE FORMA A IMPEDIR QUE A Sonda FIQUE ENTUPIDA

ALIMENTAR A CRIANÇA SENTADA

A ALIMENTAÇÃO DEVE SER ADMINISTRADA DURANTE CERCA DE 15 A 30 MINUTOS

QUANDO TERMINAR A ALIMENTAÇÃO, DEVE INTRODUIZIR ÁGUA NA Sonda PARA LIMPAR E DEPOIS NÃO ESQUECER DE FECHAR A TAMPA



# HIGIENE

A LIMPEZA AO LOCAL DE INSERÇÃO DA PEG DEVE SER REALIZADA REGULARMENTE

VIGIAR CONSTANTEMENTE O LOCAL DE INSERÇÃO E CERTIFICAR-SE QUE NÃO EXISTE SAÍDA DE SUCO GÁSTRICO (PODE MACERAR A PELE)

LAVAR SOM SORO FISIOLÓGICO, SABÃO NEUTRO OU ÁGUA TÉPIDA



# HIGIENE

MANTER O LOCAL EM REDOR DA PEG LIMPO E SECO

PODE COLOCAR UM PEQUENO QUADRADO DE COMPRESSA AO CENTRO DE FORMA A ENVOLVER A PEG NO LOCAL DE INSERÇÃO

APÓS UMA SEMANA, A CRIANÇA PODE TOMAR BANHO DE CHUVEIRO MAS DEVE SEMPRE PROTEGER O LOCAL SE INSERÇÃO

# QUE ROUPA ESCOLHER?

ROUPA ADEQUADA AO TAMANHO DA CRIANÇA

CERTIFICAR-SE QUE A ROUPA NÃO TEM ELÁSTICOS OU ETIQUETAS INTERIORES QUE POSSAM REPUXAR A PEG E PROVOCAR LESÕES NO ESTOMA.



# QUANDO DEVO RECORRER AO HOSPITAL?

IMPOSSIBILIDADE DE ASPIRAR CONTEÚDO GÁSTRICO

SAÍDA DE SUCO GÁSTRICO (AQUOSO E LEITOSO) EM REDOR DA PEG

DOR AGUDA E PERSISTENTE NA ADMINISTRAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO

PRESENÇA DE GRANULOMA (BOLA DE CARNE EM REDOR DA GASTROSTOMIA)



# QUANDO DEVO RECORRER AO HOSPITAL?

OBSTRUÇÃO DA PEG

DIARREIA PERSISTENTE

PRESENÇA DE SINAIS INFLAMATÓRIOS EM  
REDOR DA PEG



# E SE EXTERIORIZAR A SONDA OU BOTÃO?

1. SE O BALÃO ESTIVER INSUFLADO, ADAPTAR  
DE IMEDIATO UMA SERINGA À VÁLVULA DA  
PEG E Esvaziar o balão

2. INTRODUIZIR O BALÃO NO ESTOMA

3. PROTEGER COM UMA COMPRESSA E FIXAR  
COM ADESIVO

4. DIRIGIR-SE AO HOSPITAL MAIS PRÓXIMO

# CONTACTOS



HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA  
- 21 31 26 600

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS OSTOMIZADOS  
(APO)  
- 21 88 41 281

HOSPITAL SÃO JOSÉ  
- 218841281

HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER  
- 210431536

HOSPITAL AMADORA SINTRA  
- 214348310/ 12

# CONTACTOS



HOSPITAL CURRY CABRAL  
- 217924200

HOSPITAL REINALDO DOS SANTOS  
- 263276701

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS  
- 210025200

LIGA DOS AMIGOS DO HOSPITAL  
DISTRITAL DO BARREIRO  
- 212147300

# CONTACTOS



**CENTRO HOSPITALAR DAS CALDAS DA RAINHA**

- 262830300

**HOSPITAL DE SANTARÉM**

- 243370220

**HOSPITAL CURRY CABRAL**

- 217324200

**HOSPITAL GARCIA DE ORTA**

- 212940294

- 212727225

Apêndice X – Procedimento Setorial da UCERN: “DO HOSPITAL PARA CASA  
– O Enfº de Referência na transição de cuidados para o domicílio”



Logotipo da Instituição	Procedimento setorial ÁREA DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais
	DO HOSPITAL PARA CASA – O ENF. DE REFERÊNCIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PARA O DOMICÍLIO

<b>APROVAÇÃO</b>

#### 1 OBJETIVO

Definir orientações para o projeto "Do hospital para casa – O Enf. de referência na transição de cuidados para o domicílio", a fim de dar continuidade aos cuidados prestados na UCERN.

#### 2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Destina-se a todos os enfermeiros da Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais do HDE - CHLC.

#### 3 RESPONSABILIDADE

Os Enfermeiros dinamizadores estão incumbidos por implementar, monitorizar e dar continuidade ao projeto "Do hospital para casa" na UCERN.

#### 4 DESCRIÇÃO

A Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais (UCERN) do Hospital de Dona Estefânia (HDE), CHLC-EPE, destina-se a crianças com necessidade de suporte ventilatório ou nutricional. Esta unidade tem como uma das principais finalidades trabalhar a aceitação e adaptação da família a esta nova realidade e ensinar os cuidadores informais a cuidar da sua criança com todos os sistemas de apoio necessários, assegurando a continuidade de prestação de cuidados no domicílio.

Neste processo, é necessário definir critérios para todos os pais/prestadores de cuidados das crianças internadas na UCERN com doença crónica, dependentes de apoio tecnológico para as funções de respiração e/ou alimentação e respectivas ações a fim de cumprir a implementação deste procedimento:

ELABORAÇÃO	
Enf.	_____
Enf.	_____
VERIFICAÇÃO	
GGPO	_____

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	FP DARE
A		1/8

Logotipo da  
Instituição

Procedimento setorial  
DO HOSPITAL PARA CASA – O ENF<sup>o</sup> DE  
REFERÊNCIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PARA  
O DOMICÍLIO

CRITÉRIOS	EXCEÇÕES	AÇÕES
Atribuir um ENF <sup>o</sup> de referência, responsável pelo acompanhamento no processo de transição para o domicílio (Anexo I).	Crianças re-admitidas na LICERN.	Definir o ENF <sup>o</sup> de referência para a criança/pais que terão como intervenção: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apresentar-se</li> <li>➤ Gerir a execução do Plano de Cuidados de enfermagem no SClínico<sup>®</sup>, em contexto de equipa (Anexo II);</li> <li>➤ Negociar com os pais a parceria de cuidados</li> </ul>
Estabelecer um plano de ensino.		Apresentar o plano de ensino aos pais/prestadores de cuidados (Anexo III)
Fomalzar o cumprimento do plano de ensino		Executar e completar a <i>Check List</i> para a transição dos cuidados do hospital para casa (Anexo IV)
Efectuar um follow-up telefónico após-alta.		Realizar o follow-up telefónico aos pais/prestadores no prazo de 48h após-alta com os seguintes objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avaliar as competências dos pais/prestadores de cuidados no domicílio;</li> <li>➤ Manter um eio de ligação na parceria de cuidado.</li> </ul> <p>Registrar em Notas Gerais esta acção</p>

EDICAO	CIRCULAR INFORMATIVA	PROCESSO LICENCI	Nº PAGOS
A.	B.		25

Logotipo da Instituição	Procedimento setorial
	DO HOSPITAL PARA CASA – O ENF <sup>o</sup> DE REFERÊNCIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PARA O DOMICÍLIO

O plano de integração e o plano de formação da UCERN devem contemplar formação específica para todos os profissionais envolvidos no projeto.

O projeto é monitorizado através da realização de auditorias (Anexo V) de acordo com o plano de auditorias da UCERN.

## 6 DEFINIÇÕES

Enfermeiro de referência é aquele que planeia os cuidados, que negocia a estratégia a seguir com os prestadores de cuidados à criança e que articula com as diferentes estruturas tanto ao nível dos cuidados de saúde como da comunidade, com vista a uma assistência de excelência e à melhoria da qualidade de vida da criança e, consequentemente, da família.

## 8 SIGLAS E ABREVIATURAS

CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems  
 CHLC, EPE – Centro Hospitalar de Lisboa Central, Entidade Pública Empresarial  
 HDE - Hospital de Dona Estefânia  
 UCERN - Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais  
 PQCE – Programa de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

## 7 PADRÃO



CHKS, Programa de Acreditação para a Organização de Cuidados de Saúde, 2016

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS

CRITÉRIO	TÍTULO	STANDARD

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 8.1 Fontes citadas no corpo do documento

### 8.2 Fontes consultadas, mas não citadas

- Brown, P., & Wise, M. (2001). HPN Complication Chart. Nova Iorque: The Cley Foundation.
- Internacional Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A	Nº		3/5

Logotipo da Instituição	Procedimento setorial	
	DO HOSPITAL PARA CASA – O ENF <sup>o</sup> DE REFERÊNCIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PARA O DOMICÍLIO	

- M. J. Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong's nursing care of infants and children. (5th Edition)*. Mosby Elsevier Health Sciences.

## 8 ANEXOS

### 8.1 Impressos

### 8.2 Outros

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁG.
A	Nº		48

# TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PARA O DOMICÍLIO

## CHECK LIST

Data prevista de Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	Check?	Notas
Realizados e registados ensinos com o prestador de cuidados	_____ (ver folha de anexo dos ensinos)	Foram digitalizados e associados ao Processo do utente? _____
Serviço(s) de Saúde para o qual foi referenciado	_____ _____	Contacto do(s) profissional(ais) de referência: _____ _____
Articulação com a UMAD	Data da primeira visita (UMAD+UCERN+Pais): ____/____/____ Data da visita domiciliária: ____/____/____	Na visita domiciliária vai Assistente Social? _____
Equipamento tecnológico necessário para ambulatório	Data de contacto para Bombas infusoras: ____/____/____	Ass: _____ Nº mec: _____
Material clínico, farmacêutico e esterilização necessário para ambulatório	Data do fornecimento: ____/____/____	Ver folha de anexo do consumo clínico/ farmacêutico/ esterilização



## TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PARA O DOMICÍLIO

### Plano de Cuidados de enfermagem no SClinico®

FOCO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES
<b>Alimentar-se</b>	<p>Alimentar-se dependente em grau elevado</p> <p>Capacidade do prestador de cuidados para alimentar/assistir a alimentar-se</p> <p>Capacidade do prestador de cuidados para alimentar através de sonda gástrica</p>	<p>Avaliar capacidade do prestador de cuidados para alimentar/assistir no alimentar-se</p> <p>Instruir o prestador de cuidados para assistir no alimentar-se</p> <p>Treinar o prestador de cuidados a assistir no alimentar-se</p> <p>Avaliar capacidade do prestador de cuidados para alimentar através de sonda gástrica</p>
<b>Infeção</b>	Risco de Infeção	<p>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da infeção</p> <p>Avaliar risco de infeção (CVC)</p>
<b>Limpeza das Vias Aéreas</b>	<p>Limpeza das vias aéreas comprometido, em grau elevado</p> <p>Capacidade do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas</p>	<p>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover a limpeza das vias aéreas</p> <p>Avaliar a capacidade do prestador de cuidados para promover a limpeza das vias aéreas</p>
<b>Papel Parental</b> <u>OU</u> <b>Papel do Prestador de Cuidados</b>	<p>Papel Parental Comprometido/ Não comprometido</p> <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <p>Papel do Prestador de Cuidados Comprometido</p>	<p>Avaliar condição do papel parental</p> <p>Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização</p> <p>Avaliar capacidade da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais)</p> <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <p>Avaliar papel de prestador de cuidados</p>
<b>Autocuidado (da Ostomia de Alimentação)</b>	Autocuidado da ostomia de alimentação dependente	Avaliar a capacidade do cuidador para tratar da ostomia de alimentação

<b>Autocuidado (da Ostomia Respiratória)</b>	Autocuidado da ostomia respiratória dependente	Avaliar a capacidade do cuidador para tratar da ostomia respiratória
<b>Ventilação</b>	Ventilação comprometida Conhecimento do prestador de cuidados sobre ventilação	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre ventilação
<b>Gestão do regime terapêutico</b>	Capacidade para gerir regime medicamentoso	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico Avaliar a capacidade do prestador de cuidados para administrar medicamentos (PEG/SNG)
<b>Serviço de Saúde</b>	Necessidade de cuidados continuados	Avaliar necessidade de continuidade de cuidados Preparar família para a alta Referir para os cuidados continuados Requerer serviço de enfermagem (escrever em notas associadas os contactos – Centro de Saúde e Enf. de referência)

Apêndice XI – Sessão de Formação: “Os pais, como nossos parceiros”



Logotipo  
Da  
Instituição

# Os pais, como nossos parceiros

A Parceria de Cuidados na Sala de Tratamentos

Realizado por: Enfª Marta Félix (Estudante de Mestrado em ESIP da UCP, 2018)  
Sob orientação da Enf.ª E. C.



## Vamos abordar

- ▶ Cuidar em Parceria
- ▶ A importância de capacitar os pais
- ▶ Os pais na Sala de Tratamentos
- ▶ Conclusão
- ▶ Bibliografia
- ▶ Discussão

## Cuidar em Parceria

- ▶ São os pais o primeiro e principal sistema de confiança e socorro para a criança e, como tal, deve ser estabelecida uma parceria efetiva entre pais e enfermeiros a fim de garantir a maximização da saúde da criança.
- ▶ Na área particular dos cuidados pediátricos surge como orientador desta prática, o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey.

## Cuidar em Parceria

- ▶ A autora afirma ser fundamental centrar os cuidados de enfermagem pediátrica não só na criança, como também na sua família, e defende que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, sendo respeitado o seu conhecimento e experiência inigualáveis no cuidado aos filhos e valorizado o seu contributo na prestação de cuidados à criança (Mano, 2002).

## Cuidar em Parceria

- ▶ Segundo Casey (1993), este modelo engloba cinco conceitos principais: a criança, a família, o enfermeiro, a saúde e o ambiente. Destes importa esclarecer a visão da autora acerca dos três primeiros...

## Cuidar em Parceria

A criança é vista como alguém cuja satisfação das necessidades depende de outras pessoas, na sua maioria, dos pais e/ou de outros membros da família

A família é vista como uma unidade de indivíduos que detêm a responsabilidade principal pela prestação de cuidados à criança e que exercem uma forte influência no crescimento e desenvolvimento desta

O enfermeiro é o profissional que assume um conjunto de responsabilidades e ações para promover e restabelecer o bem-estar da criança, prestando-lhe cuidados especializados, sempre que o estado de saúde da criança assim o exija

## Cuidar em Parceria

- ▶ Segundo a autora (Casey, 1993) o papel do enfermeiro é o de fornecer apoio, ensino e encaminhamento à família para que esta possa, assim, satisfazer as necessidades da criança.
- ▶ Através do ensino, o enfermeiro orienta os pais nos cuidados a prestar, partilhando conhecimentos e ensinando técnicas apropriadas que permitam satisfazer adequadamente as necessidades da criança.

## A importância de capacitar os pais

- ▶ É importante que os enfermeiros tenham presente que a participação dos pais nos cuidados é um conceito dinâmico, manifestado de forma diferente por diferentes pessoas (Romaniuk et al, 2014).

## A importância de capacitar os pais

- ▶ Reis et al. (2010) referem que o principal papel dos enfermeiros numa relação de parceria de cuidados negociada é o de cumprir as funções de professor, protetor e facilitador/dinamizador.

## A importância de capacitar os pais

- ▶ A promoção da parceria efetiva entre pais e enfermeiros garante uma elevada qualidade nos cuidados prestados à criança, saudável ou doente, nos vários contextos em que esta se encontre. No entanto...

## A importância de capacitar os pais

- ▶ Numa situação de hospitalização, criança e pais enfrentam uma crise particular. Aqui, é essencial a promoção de uma parceria de cuidados entre pais e enfermeiros com o intuito de:
  - ▶ Diminuir a ansiedade e angústia sentidas
  - ▶ Ultrapassar de forma positiva a situação de doença/hospitalização
  - ▶ Re-alcançar o melhor estado de saúde possível da criança

## Os pais na Sala de Tratamentos

- ▶ A chegada ao Serviço de Urgência suscita sentimentos de ansiedade e perturbação na criança pelos vários contextos a que está submetida, sejam eles físicos e/ou emocionais. Estes sentimentos estão presentes não só no momento da chegada, pelo confronto a esta nova condição de saúde, mas também durante procedimentos necessários que, por vezes, são dolorosos e desconfortáveis.
- ▶ O envolvimento e a participação dos pais durante um procedimento facilitam a experiência, não só para a criança e para os pais, mas também para os profissionais de saúde que as acompanham.

## Os pais na Sala de Tratamentos

- ▶ Os pais têm um papel muito importante na preparação das crianças, porque “um adulto calmo e seguro ajuda a criança a organizar-se e a confiar”.
- ▶ Assim, os procedimentos realizados na sala de tratamentos podem ser atenuados quando a intervenção dos pais é adequada à fase de desenvolvimento da criança de acordo com a sua idade.

## Os pais na Sala de Tratamentos

- ▶ **Como reagem as crianças?**
  - ▶ Até aos 18 meses, geralmente o bebé manifesta o seu desconforto através de choro vigoroso e agitação severa;
  - ▶ Entre os 2 e os 5 anos de idade, reage com choro vigoroso acompanhado de gritos, apresenta agitação severa e falta de cooperação e utiliza claramente expressões verbais à dor
  - ▶ Entre os 5 e os 6 anos, a criança apresenta choro contínuo e vigoroso, gritos e resistência que resultam da não compreensão de atitudes de proteção e tratamento e da sua finalidade. Não obstante, têm um pensamento mágico e associam a dor à punição;

## Os pais na Sala de Tratamentos

### ▶ Como reagem as crianças?

- ▶ Dos 6 aos 12 anos, a criança, manifesta choro menos frequente, mas ainda bastante resistência. Apesar de já compreenderem o procedimento e qual a sua finalidade, demonstram ainda medo e ansiedade relativamente à dor;
- ▶ Entre os 12 e os 18 anos, o adolescente apresenta menos protestos vocais menores e atividade motora, mas constantemente manifesta a sua dor através de expressões verbais. Apesar de ocorrer aumento da tensão muscular, existe também um maior controlo corporal.

## Os pais na Sala de Tratamentos

### ▶ Como podem os pais ajudar durante o procedimento?

- ▶ Entre os 0 e 18 meses: amamentar, acarinhar, tocar, dar colo, dar a chucha e objeto favorito, cantar e utilizar objetos sonoros;
- ▶ Dos 2 aos 5 anos de idade: acarinhar, tocar, dar colo, dar objeto favorito, cantar, utilizar objetos sonoros e frases simples
- ▶ Entre os 5 e os 6 anos: cantar, contar e dizer o abecedário, construir lego e respirar fundo para ajudar a acalmar;
- ▶ Entre os 6 e 12 anos: deixar que a criança exprima os seus sentimentos, crie um ambiente de confiança e converse com ela sobre um assunto do seu interesse;
- ▶ Dos 12 aos 18 anos: utilizar o reforço positivo e dar espaço ao adolescente para se organizar.

## Os pais na Sala de Tratamentos

### ▶ Aconselhar a

- ▶ Não dizer: “Vais levar uma pica”, “vais ficar de castigo”, “se te portas mal, levas outra”, “não vai doer”, “Deixo-te aqui sozinho”, “Só és forte se não chorares” ou “não me envergonhes”, de forma a não deixar a criança ansiosa ou receosa.
- ▶ Transmitir uma postura calma e tolerante
- ▶ Ser sincero para com a criança

## Conclusão

- ▶ A filosofia da Enfermagem Pediátrica reconhece e valoriza a importância da família e respeita o conhecimento que a mesma possui da própria criança, a experiência em cuidar dela e a influência que possa vir a ter;
- ▶ Para nós, enfermeiros, o envolvimento dos pais nos cuidados ajuda a manter o lugar da criança na família, através da sua ligação com os pais, tornando-se uma vantagem pois contribui para minimizar consequências negativas no hospital.

## Bibliografia

- ▶ Barros, L. A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*. Lisboa. Vol. 18, nº2, 196-206. ISSN: 1413-359.
- ▶ Casey, Anne (1993) - Development and use of the partnership model of nursing care. In: GLASPER, E.; TUCKER, A. - *Advances in child health nursing*. London: Scutari Press.
- ▶ Hockenberry M, Wilson D (2014). *Wong - Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª Edição. Loures. Lusociência. ISBN: 978-959-748-004
- ▶ Mano, Maria João (2002) - Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*. Lisboa. N.º 8 (Maio 2002). p. 53-61
- ▶ Mendes, M. G. (2010) - Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família. In *Escola Superior de Enfermagem do Porto*.
- ▶ Mendes, M. (2013) - *A Natureza da Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria, um Contributo para a Parceria Efetiva* - Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Lisboa.
- ▶ Mendes, M. e Martins, M. (2012) - Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III série. N.º 6 (Março 2012). p. 113-121
- ▶ Reis, M. et al. (2010) - Developing Nurse/Parent Relationships in the NICU through Negotiated Partnership. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Vol. 39, N.º 6. p. 673-683
- ▶ Romaniuk, D. et al. (2014) - Are parents doing what they want to do? Congruency between parents' actual and desired participation in the care of their hospitalized child. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. Vol. 37, N.º 2. p. 103-121
- ▶ UHL, T. et al. (2013) - Insights into patient and family-centered care through the hospital experiences of parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Vol. 42, N.º 1. p. 121-131
- ▶ Vieira, A. (2008) - Necessidades de Aprendizagem dos Pais na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão da Literatura. *Servir*. Vol. 56, N.º 3-4. p. 146-154

## Discussão...





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

## **PLANO DE SESSÃO**

“Os pais, como nossos parceiros”

**MARTA FILIPA SILVANA FÉLIX**

n.º 192017051

Sob a orientação pedagógica da Professora  
Doutora Elisabete Nunes e da Sr.ª Enfermeira  
orientadora E.C.

Lisboa, 19 de Novembro de 2018



# Plano da Sessão

**Data:** 19 de Novembro de 2018

**Hora:** 8h30

**Duração:** 20 minutos

**Local:** UCInt (SUP)

**Formadores:** Mestranda Marta Félix, sob a orientação/supervisão da Enf.<sup>a</sup> E.C. (Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica).

**Título:** *“Os pais, como nossos parceiros”*

**Temas:**

- Cuidar em Parceria
- A importância de capacitar os pais
- Os pais na Sala de Tratamentos

**Destinatários:** Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica

**Objetivos Pedagógicos:**

- Sensibilizar os Enfermeiros para a importância da intervenção dos pais durante um procedimento na Sala de Tratamentos
- Alertar acerca da necessidade de transmitir os conhecimentos adquiridos aos pais
- Apresentar o poster e folhetos realizados sobre o tema em questão

**Metodologias:** Expositiva

**Recursos:** Formador, computador, poster e folhetos

## Plano da Sessão

	Conteúdos	Métodos Pedagógicos	Materiais de apoio Pedagógicos	Tempo Previsto	Formadora	Avaliação da Sessão
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e enquadramento do tema;</li> <li>• Nota Introdutória.</li> </ul>	Expositivo Interrogativo Demonstrativo	Computador	5 min.	Enf.ª Marta Félix	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidar em Parceria</li> <li>• A importância de capacitar os pais</li> <li>• Os pais na Sala de Tratamentos</li> </ul>	Expositivo Interrogativo Demonstrativo	Computador	10 min.	Enf.ª Marta Félix	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo da temática e principais pontos abordados;</li> <li>• Apresentação do poster e folhetos realizados sobre o tema em questão</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> <li>• Avaliação da Sessão.</li> </ul>	Expositivo	Computador Suporte papel	5 min.	Enf.ª Marta Félix	Entrega de questionário de avaliação da Sessão aos participantes

## Questionário de Avaliação Final

DESIGNAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: *“OS PAIS, COMO NOSSOS PARCEIROS”*

DATA: 19 DE NOVEMBRO DE 2018

NOME DO PARTICIPANTE (facultativo): \_\_\_\_\_

LOCAL DA SESSÃO: \_\_\_\_\_

Escala de avaliação

Muito Baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito Elevado
1	2	3	4	5

Por favor assinale no respetivo  na escala de 1 a 5, a pontuação que considera mais adequada.

### 1 – Qual a importância que atribui a esta sessão como contributo...

	1	2	3	4	5
1.1 No seu desenvolvimento profissional					
1.2 No seu desenvolvimento pessoal					
1.3 Na excelência da sua equipa					

### 2 – Como avalia a sessão de formação em relação a:

	1	2	3	4	5
2.1 Duração					
2.2 Pertinência do tema					
2.3 Método de apresentação					
2.4 Apreciação Global					

### 3 - Como avalia a Enfermeira que apresentou a sessão

	1	2	3	4	5
3.1 Domínio demonstrado do tema					
3.2 Exposição clara e precisa do conteúdo					
3.3 Motivação e incentivo à participação					
3.4 Apreciação Global					

Pontos fortes desta sessão de formação

---

---

---

Pontos fracos desta sessão de formação

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração!





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: A Saúde da Criança e Família - Vigilância e  
Decisão Clínica

## **RELATÓRIO DA SESSÃO**

“Os pais, como nossos parceiros”

**MARTA FILIPA SILVANA FÉLIX**

n.º 192017051

Sob a orientação pedagógica da Professora  
Doutora Elisabete Nunes e da Sr.ª Enfermeira  
orientadora E.C.

Lisboa, 19 de Novembro de 2018



## 1. INTRODUÇÃO

A concretização da sessão de formação sobre “Os pais, como nossos parceiros”, surgiu no âmbito do estágio de Urgência Pediátrica, após avaliar as necessidades patentes à equipa de Enfermagem em relação ao tema em questão. Após a realização do folheto e cartaz informativos para o tema alicerçado a todo o meu Estágio, a Parceria de Cuidados, senti necessidade de apresentar os mesmos a toda a equipa de Enfermagem através de uma sessão de formação e alertar para a importância de um cuidar em parceria com os pais na Sala de Tratamentos, onde são realizados os procedimentos mais dolorosos. Deste modo organizei uma formação e assim fortaleci e transmiti conhecimentos relativos ao planeamento de cuidados em parceria com os pais.

Estavam presentes 11 profissionais, todos enfermeiros. A sessão foi interativa, mas pouco participativa, mas no final da sessão foi fácil compreender que os objetivos pretendidos foram atingidos: sensibilizar a equipa para o um cuidar em parceria com os pais durante os procedimentos na Sala de Tratamentos, a fim de maximizar a saúde e o bem-estar da criança.

Relativamente à avaliação, foi entregue uma folha de avaliação individual a cada um dos participantes na sessão.

Em todos os itens de avaliação, os participantes colocaram a pontuação de 5 (muito elevado) e nenhum dos participantes colocou uma pontuação abaixo, o que revelou uma grande satisfação da parte dos formandos na sua generalidade.

De seguida, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos após o preenchimento da folha de avaliação fornecida ao público presente na sessão.

Este documento pretende apresentar esses mesmos resultados, que respondem *per sí*. Concluo, então, que esta sessão foi bastante frutífera para o público-alvo envolvido.



## 2. RESULTADOS OBTIDOS

5. **Tabela A:** Resultado ao item - “Qual a importância que atribui a esta sessão como contributo...”

	No seu desenvolvimento profissional	No seu desenvolvimento pessoal	Na excelência da sua equipa	Resultado (%)
<b>Muito baixo</b>	0	0	0	0%
<b>Baixo</b>	0	0	0	0%
<b>Médio</b>	0	0	0	0%
<b>Elevado</b>	0	0	0	0%
<b>Muito elevado</b>	11	11	11	100%
<b>Total respostas</b>	11	11	11	100%

6. **Tabela B:** Resultado ao item - “Como avalia a sessão de formação em relação a”

	Duração	Pertinência do tema	Método de apresentação	Apreciação global	Resultado (%)
<b>Muito baixo</b>	0	0	0	0	0%
<b>Baixo</b>	0	0	0	0	0%
<b>Médio</b>	0	0	0	0	0%
<b>Elevado</b>	0	0	0	0	0%
<b>Muito elevado</b>	11	11	11	11	100%
<b>Total respostas</b>	11	11	11	11	100%

**7. Tabela C:** Resultado do item – “Como avalia a enfermeira que apresentou a sessão?”

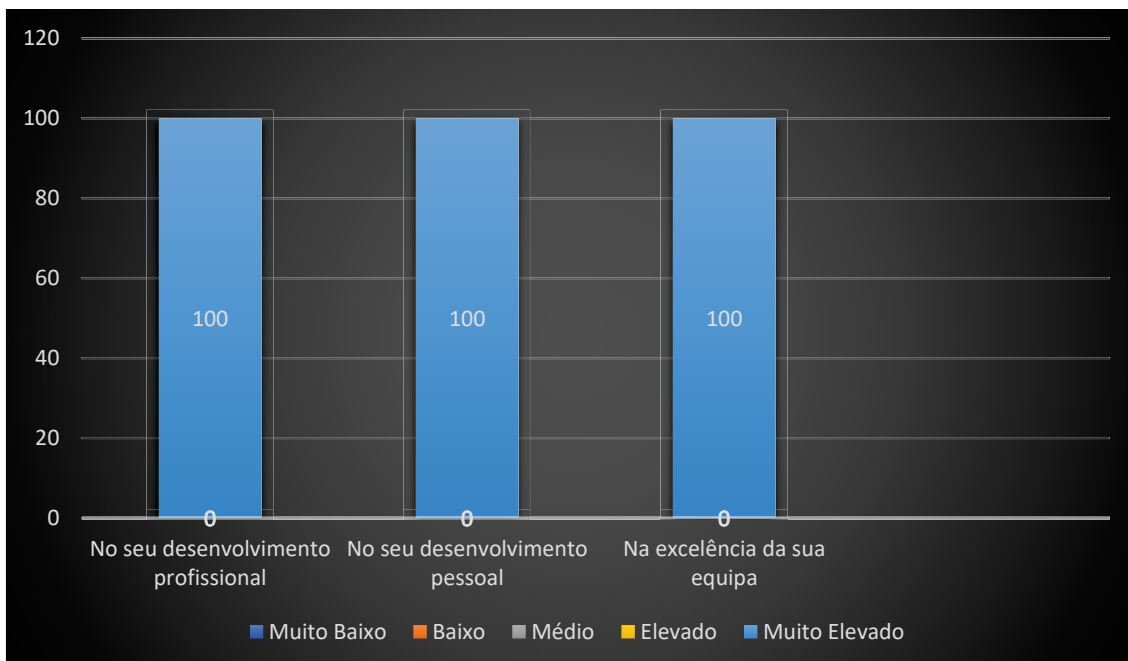
	<b>Domínio demonstrado do tema</b>	<b>Exposição clara e precisa do conteúdo</b>	<b>Motivação e incentivo à participação</b>	<b>Apreciação global</b>	<b>Resultado (%)</b>
<b>Muito baixo</b>	0	0	0	0	0%
<b>Baixo</b>	0	0	0	0	0%
<b>Médio</b>	0	0	0	0	0%
<b>Elevado</b>	0	0	0	0	0%
<b>Muito elevado</b>	11	11	11	11	100%
<b>Total respostas</b>	11	11	11	11	100%

**8. Tabela D:** Resultados das questões abertas - Pontos fracos VS pontos fortes da sessão

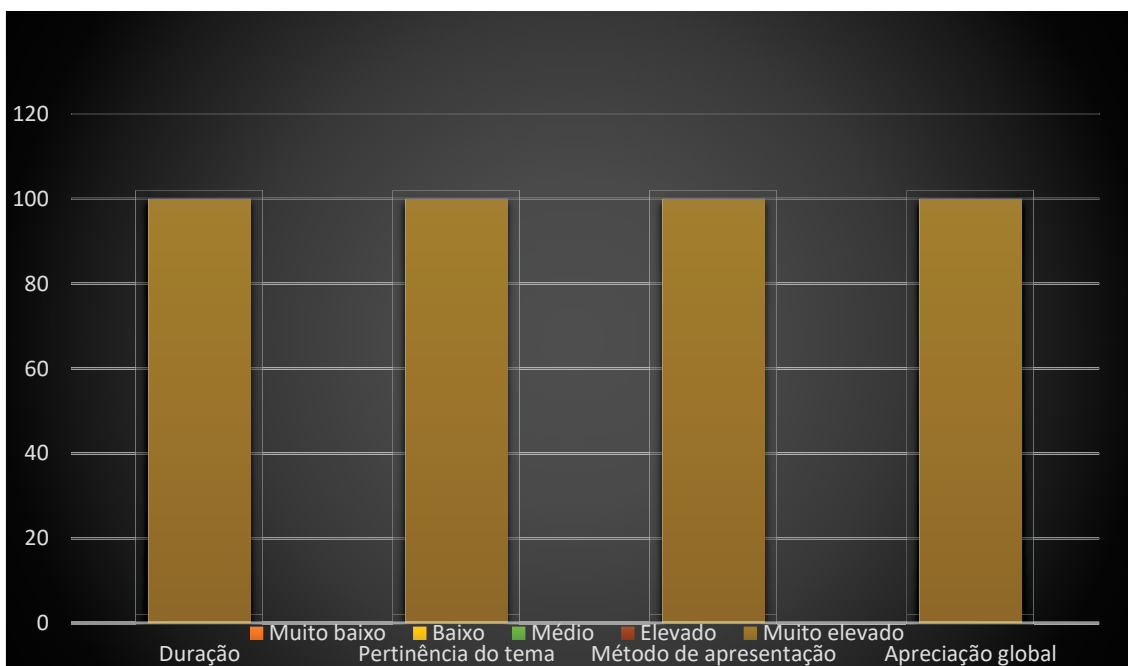
<b>Pontos fortes</b>	<b>Pontos fracos</b>

### 3. TRATAMENTO DE DADOS

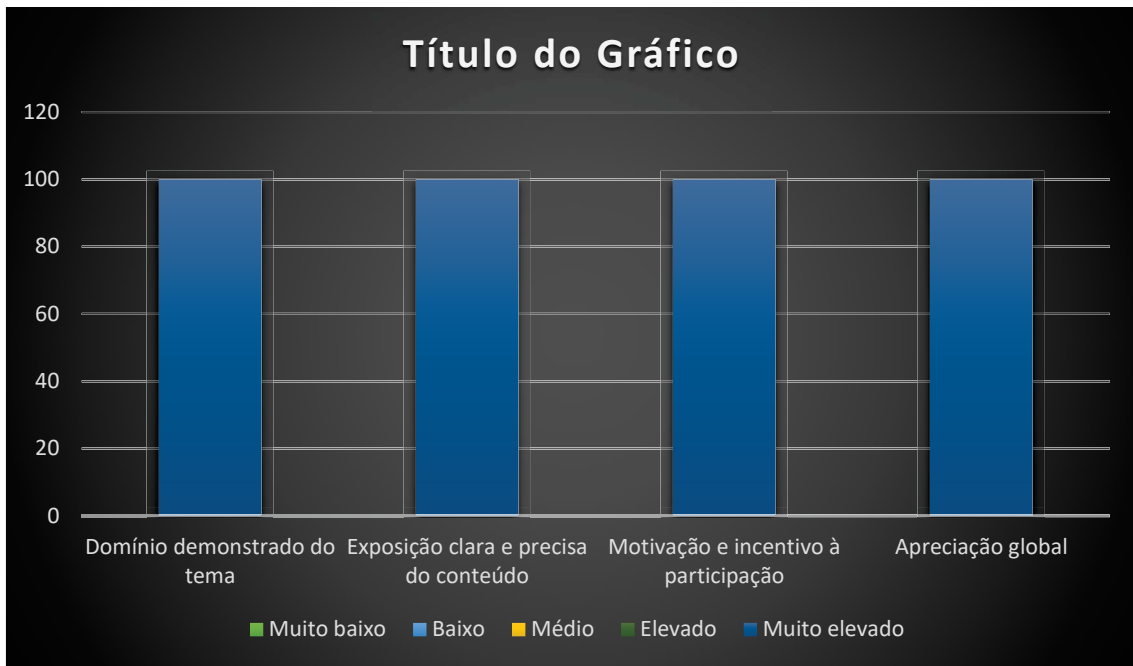
#### 1. Gráfico A: Resultado do item - “Qual a importância que atribui a esta sessão como contributo...”



#### 2. Gráfico B: Resultado do item - “Como avalia a sessão de formação em relação a:”



#### 3. Gráfico C: Resultado do item - “Como avalia a enfermeira que apresentou a sessão?”



#### 4. CONCLUSÃO

Para concluir esta avaliação, perante os resultados obtidos, 100% (o total das respostas) colocaram a pontuação máxima, muito elevado.

Já para a pontuação 1,2, 3 e 4 estas não foram colocadas em nenhuma das respostas obtidas.

Assim, afirmo que estes resultados revelaram uma satisfação plena da parte de todos os formandos presentes nesta sessão de formação. Não obstante, referiram verbalmente o quão pertinente é o tema em questão para o seu dia-a-dia de trabalho.

Assim, posso concluir que os resultados obtidos falam por si e que esta sessão foi bastante frutífera para o público-alvo envolvido na sessão. Já para mim, enquanto pessoa e profissional de saúde, considero que foi uma mais-valia para o meu crescimento a todos os níveis e pretendo continuar a intervir de forma enriquecedora para a evolução dos meus pares.



Apêndice XII – Folheto: “Na Sala de tratamentos, os pais como nossos parceiros”



## NA SALA DE TRATAMENTOS, OS PAIS COMO PARCEIROS

A chegada ao Serviço de Urgência suscita sentimentos de ansiedade e perturbação na criança pelos vários contextos a que está submetida, sejam eles físicos e/ou emocionais. Estes sentimentos estão presentes não só no momento da chegada, pelo confronto a esta nova condição de saúde, mas também durante procedimentos necessários que, por vezes, são dolorosos e desconfortáveis.]

### A importância da intervenção dos pais nos tratamentos

Os pais têm um papel muito importante na preparação das crianças, porque "um adulto calmo e seguro ajuda a criança a organizar-se e a confiar". Assim, os procedimentos realizados na sala de tratamentos podem ser atenuados quando a intervenção dos pais é adequada à fase de desenvolvimento da criança de acordo com a sua idade.

### Como reagem as crianças?

Até aos 18 meses, geralmente o bebé manifesta o seu desconforto através de choro vigoroso e agitação severa;

Entre os 2 e os 5 anos de idade, reage com choro vigoroso acompanhado de gritos. Apresenta agitação severa, falta de cooperação e utiliza claramente expressões verbais à dor;

Entre os 5 e os 6 anos, a criança apresenta choro contínuo e vigoroso, gritos e resistência que resultam da não compreensão de atitudes de proteção e tratamento e da sua finalidade. Não obstante, têm um pensamento mágico e associam a dor à punição;

Dos 6 aos 12 anos, a criança manifesta choro menos frequente, mas ainda bastante resistência. Apesar de já compreenderem o procedimento e qual a sua finalidade, demonstram ainda medo e ansiedade relativamente à dor;

Entre os 12 e os 18 anos, o adolescente apresenta menos agitação motora, mas verbaliza de forma constante a sua dor através de expressões. Apesar de ocorrer aumento da tensão muscular, existe também um maior controlo corporal.

### Como podem os pais ajudar durante o procedimento?

Entre os 0 e 18 meses: amamentar, acarinhar, tocar, dar colo, dar a chucha e objeto favorito, cantar e utilizar objetos sonoros;

Dos 2 aos 5 anos de idade: acarinhar, tocar, dar colo, dar objeto favorito, cantar, utilizar objetos sonoros e frases simples

Entre os 5 e os 6 anos: cantar, contar e dizer o abecedário, construir lego e respirar fundo para ajudar a acalmar;

Entre os 6 e 12 anos: deixar que a criança exprima os seus sentimentos, crie um ambiente de confiança e converse com ela sobre um assunto do seu interesse;

Dos 12 aos 18 anos: utilizar o reforço positivo e dar espaço ao adolescente para se organizar.

Independentemente da idade da sua criança, não deve dizer: "Vais levar uma pica", "vais ficar de castigo", "se te portas mal, levas outra", "não vai doer", "Deixo-te aqui sozinho", "Sê és forte se não chorares" ou "não me envergonhes", de forma a não deixar a criança ansiosa ou receosa.

## **SEJA CALMO, SINCERO E TOLERANTE!**

Realizado por: Dr.ª Maria Fátima (Estudante de Mestrado em EDP da UCP, 2018)  
Sub orientação de Dr.ª F. E. C.



Apêndice XIII – Cartaz informativo: “Pais, estão preparados?”



# PAIS, ESTÃO PREPARADOS?

Durante um procedimento...

Os pais têm um papel muito importante na preparação das crianças, porque "um adulto calmo e seguro ajuda a criança a organizar-se e a confiar!"<sup>1</sup>

## COMO REAGEM AS CRIANÇAS?

Até aos 18 meses

Choro vigoroso e agitação severa

Das 2 aos 5 anos

Choro vigoroso, gritos, falta de cooperação e utiliza expressões verbais à der

Entre os 5 e os 6 anos

Choro contínuo e vigoroso, gritos e resistência que resultam da não compreensão, têm um pensamento mágico e associam a dor à punição

Entre os 6 e os 12 anos

Choro menos frequente, mas ainda bastante resistência, medo e ansiedade

Entre os 12 e os 18 anos

Aumento da tensão muscular, mas maior controlo corporal

## O QUE FAZER NA SALA DE TRATAMENTOS

Até aos 18 meses

Amanheçar, acalmar, tocar, dar calor, dar a chupeta e objeto favorito, cantar e utilizar objetos sonoros

Das 2 aos 5 anos

Acalmar, tocar, dar calor, dar objeto favorito, cantar e utilizar objetos sonoros e frases simples

De 6 a 9 anos

Calmar, cantar e dar um objecto de referência e respirar fundo para ajudar a acalmar

De 10 anos

Permitir que a criança exprima os seus sentimentos, criar um ambiente de confiança e partilhar com ela sobre um assunto da sua infância

De 12 aos 18 anos

Utilizar o relato, permitir a dor e a deslocação da dor e organizar

## Referências Bibliográficas

1. Kavanagh, J., A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: conceitos e práticas da psicologia pediátrica. Tese de Psicologia, Universidade de Toronto, Ontário, Canadá, 1981, pp. 106-107, 113-114.  
2. Haskinberry, M., White, S. (2004). Stress Management de crianças e de adolescentes. In: Tópico: Cuidado com a criança. Não disponível em: [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com)

## O QUE NÃO DEVE DIZER...

"Vai logo, logo, logo", "vai logo, logo, logo", "se te portares mal, vai logo", "não vai doer", "Deixa-te aqui acalmar", "Se eu fosse tu não choravas" ou "não me avergonhes"...

SEJA CALMO, SINCERO E TOLERANTE!

Realizado por | **Clara Maria Félix** (Estadista de Neurode em EDP da GCS, 2018)

Sob orientação de Dr. F.E.C.



Apêndice XIV – Projeto do Método de Canguru: “From Tummy do Mummy”



Logotipo da Instituição	"FROM TUMMY TO MUMMY"	UCIN
-------------------------	-----------------------	------

## 1 - OBJECTIVO

- Uniformizar os procedimentos relativos ao Método Canguru
- Humanizar os cuidados de enfermagem
- Promover a vinculação
- Promover e incentivar o aleitamento materno
- Integrar a família nos cuidados

## 2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros da UCIN do Hospital de Dona Estefânia

## 3 - SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

RNPT - Recém-nascido pré-termo

MMC - Método Mãe-Canguru

FC - Frequência cardíaca

FR - Frequência respiratória

SpO<sub>2</sub> - Saturação periférica de oxigénio

IG - Idade gestacional

## 4 - INSTRUÇÃO DE TRABALHO

### 4.1 - Definições

O **Método Mãe-Canguru** é um tipo de cuidado de enfermagem que envolve o contacto pele com pele entre a mãe e o RNPT de baixo peso durante o período de tempo considerado suficiente pela mãe, de acordo com a sua satisfação, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado ao RNPT.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PÁGS.
<i>[assinatura]</i>			1/3

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">         Logotipo da Instituição       </div>	"FROM TUMMY TO MUMMY"	UCIN
---	-----------------------	------

A posição canguru consiste em manter o RNPT em contacto pele com pele com o tórax da mãe, vestido apenas com uma fralda, gorro e meias, na posição vertical e decúbito ventral. O MMC é mais abrangente que a posição canguru. As acções que envolvem o método podem ser iniciadas antes do RNPT ter estabilidade para ser colocada na posição canguru, através do acolhimento/ensino à família e do cuidado individualizado ao bebé e família.

#### 4.2. Evidências

De acordo com a produção científica publicada, as duas variáveis que mais influenciam os resultados da aplicação do MMC são o início precoce do método e a sua duração diária e a longo prazo. O MMC é benéfico para o estabelecimento de uma relação de vinculação precoce, assim como para a facilitação do desenvolvimento das competências parentais.

Relativamente ao aleitamento materno, comprovou-se que quanto mais cedo se iniciar o MMC, melhores resultados se obtêm. Os estudos mostram que o método aumenta a prevalência e a duração do aleitamento materno.

O MMC está associado à maior estabilidade térmica do RNPT e à redução do risco de hipotermia. Os parâmetros vitais (a FC, a FR e SpO<sub>2</sub>), o consumo de oxigénio, a glicemia, os padrões de sono e comportamentais são semelhantes ou melhores do que os apresentados por RN aos quais não foi realizado o MMC.

Verificaram-se efeitos benéficos sobre a resposta aos procedimentos dolorosos, associados ao menor grau de stress destes bebés, confirmado pelos menores níveis de cortisol na saliva.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRIMEIRA EDIÇÃO	N.º PÁGS.
			2/10

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">         Logotipo da Instituição       </div>	<b>"FROM TUMMY TO MUMMY"</b>	<b>UCIN</b>
---	------------------------------	-------------

Os bebês que realizam o MMC apresentam melhores respostas sensório-motoras e melhor tônus muscular.

Quanto aos efeitos do método na mortalidade e morbidade, são necessários mais estudos para se clarificar essa relação. Os existentes não demonstram diferenças, ou seja, não encontram benefício, mas concluem que o método também não é prejudicial.

#### 4.3 - Critérios de inclusão

A adoção do MMC por parte dos pais deve ser aceita e desejada. Não deve ser sentida como uma obrigação, pois é uma técnica que tem de ser compreendida, devendo resultar de uma decisão baseada no esclarecimento e no ensino. A mãe necessita de ter disponibilidade de tempo para providenciar este cuidado de forma gradual. Deve-se esperar pelo seu restabelecimento pós-parto para iniciar o método. Quando a mãe não está presente o pai pode substituí-la.

Não existe um critério objectivo para o início do MMC. A decisão baseia-se numa avaliação individualizada do RNPT e família. O MMC deve ser iniciado de forma gradual, com uma transição lenta até se tornar contínuo, dentro das possíveis.

O MMC deve ser adiado até que as condições de estabilidade clínica do bebê se verifiquem. Aconselha-se o início do MMC em RNPT de IG >30 semanas e peso de nascimento >1200 gramas, devido ao elevado risco de complicações/instabilidade que estes bebês têm. Em RNPT com IG ≥ 30-34 semanas e peso de nascimento ≥1800 gramas o MMC pode ser iniciado pouco tempo após o parto na maioria das situações, caso não se verifiquem complicações.

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	<i>[Assinatura]</i>			3/10

Logotipo da Instituição	"FROM TUMMY TO MUMMY"	UCIN
----------------------------	-----------------------	------

#### 4.4 – Critérios de exclusão

As situações em que o método deve ser adiado são a existência de cateteres umbilicais, drenagens torácicas, fototerapia e RNPT com instabilidade hemodinâmica e respiratória. Bebês com suporte ventilatório (mecânico ou não-invasivo) não estão impedidos de realizar o método, desde que se verifique estabilidade, haja uma maior vigilância e ensino adequado aos pais. Os critérios referentes à estabilidade hemodinâmica estão descritos no quadro a seguir. Os parâmetros devem ser avaliados quando o bebê está em repouso.

Parâmetros a avaliar	Inicia MC	Não inicia MC
Temperatura axilar	Normotérmica	Hipertérmica
Frequência cardíaca	Normocárdico	Bradicardia <85bpm nas últimas 24h Se bradicardia de recuperação rápida e espontânea < 3x nas últimas 24h (em ventilação não invasiva ou ar ambiente)
Saturação de O <sub>2</sub>	SpO <sub>2</sub> > 95% Se dessaturações > 85% de recuperação rápida e espontânea.	Dessaturações < 80% Necessidade de FIO <sub>2</sub> > 80%
Suporte de Oxigênio	Ar ambiente Óculos Nasais BiPAP ou CPAP Ventilação mecânica	Instabilidade ventilatória Primeiras 24h após extubação VAFO Óxido Nítrico

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRIMEIRA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	<i>[Assinatura]</i>		48

<table border="1"> <tr> <td>Logotipo da Instituição</td> </tr> </table>	Logotipo da Instituição	"FROM TUMMY TO MUMMY"	UCIN
Logotipo da Instituição			

#### 4.5. - Procedimento

Quando o bebê e a mãe estiverem preparados a iniciar o MMC deve-se combinar uma altura que seja conveniente para os pais estarem presentes e disponíveis para realizar o método. A primeira vez é a que requer maior tempo de ensino e atenção. Deve-se explicar a razão porque é importante que vistam roupa leve e solta.

O MMC deve ser realizado de uma forma gradual, diariamente, até se tornar contínuo, dentro dos possíveis. É interrompido conforme as necessidades de avaliação clínica e de enfermagem, para a mudança da fralda, cuidados de higiene e sempre que houver necessidade.

- 1 - Proporcionar um ambiente calmo.
- 2 - Verificar os parâmetros vitais do RNPT (FC, FR, SpO<sub>2</sub> e temperatura axilar).
- 3 - Disponibilizar um cadeirão à mãe e, se necessário, um apoio de pés, para que esta fique confortável.
- 4 - A mãe deve ter a bata vestida com a abertura para a frente e retirar fios ou colares.
- 5 - Despir o bebê, deixando apenas a fralda, gorro e meias. De acordo com a labilidade térmica do RNPT e temperatura da sala pode-se deixar vestida uma camisola sem mangas aberta à frente.
- 6 - Transportar o RNPT para o peito da mãe protegido com fralda de pano ou lençol.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROBENA ENCIO	Nº PÁGS.
	<i>[Assinatura]</i>		50

Logotipo da Instituição	"FROM TUMMY TO MUMMY"	UCIN
-------------------------	-----------------------	------

7 - Posicionar o bebê sobre a pele da mãe, entre as mamas, em decúbito ventral. A cabeça do bebê deve ficar lateralizada, com uma ligeira extensão. Esta posição da cabeça permite manter a via aérea aberta e o contacto visual entre a mãe e o bebê. Evitar a flexão da cabeça para a frente ou a hiperextensão. O abdómen deve ficar ao nível do epigastro da mãe. A ancas devem estar flectidas e em extensão, numa posição tipo rã.



8 - Cobrir o bebê com lençol e manta.

9 - Verificar a temperatura corporal do bebê durante o procedimento, podendo recorrer-se ao controla electrónico da temperatura.

10 - Certificar que os pais sabem reconhecer as alterações da coloração da pele/mucosas do bebê durante o procedimento, procedendo ao reforço do ensino.

11 - Os pais devem ser encorajados a concentrar a sua atenção no bebê e nos seus sentimentos e emoções, interagindo com o filho.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROGRAMAÇÃO	N.º PÁGS.
			02

Logotipo da Instituição	"FROM TUMMY TO MUMMY"	UCIN
-------------------------	-----------------------	------

12 - O tempo de execução do método deve basear-se na estabilidade do RNPT em tolerar o procedimento e no conforto da mãe. Devem-se evitar os períodos inferiores a 60 minutos, pois as manipulações e mudanças frequentes originam stress ao bebé. Deve-se interromper a técnica caso se verifique instabilidade do bebé. Os sinais evidenciados pelo RNPT que indicam uma boa tolerância ao MC são, por exemplo, os parâmetros clínicos estáveis, estado de alerta tranquilo ou sono profundo, o sorriso e as mãos abertas.

13 - Registrar a hora do início e a hora em que terminou o procedimento, a tolerância do bebé e os sentimentos verbalizados pelos pais.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
<i>[assinatura]</i>			79

Logotipo da Instituição	"FROM TUMMY TO MUMMY"	UCIN
-------------------------	-----------------------	------

## 5 - REFERÊNCIAS

- Araújo, K, Poyart, M, Barros, M, Lopes, J & Chiappetta, A (2004). Os efeitos do controle motor oral na alimentação de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal. *Revista CEFAC – Saúde e Educação*. 6. 382-387.
- Berman, R, Gracia, S & Espinosa, F (2004). Método Canguru. *Revista Rol de Enfermeria*. 27. 63-67.
- Caetano, L, Scochi, C & Angelo, M (2005). Vivendo no método canguru a triade mãe-filho-família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 13. 562-568.
- Elestério, F, Rolim, K, Campos, A, Frota, M & Oliveira, M. (2008). O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe-canguru. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 7. 439-446.
- Ferreira, L. & Viera, C (2003). A influência do método mãe-canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. *Acta Scientiarum Health Sciences*. 25. 41-50.
- Filho, F, Silva, A, Lamy, Z, Gomes, M & Moreira, M (2008). Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*. 84. 428-435.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRIMEIRA EDIÇÃO	PÁGINAS
			80

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">         Logotipo da Instituição       </div>	<b>"FROM TUMMY TO MUMMY"</b>	UCBM
---	------------------------------	------

Johnston, C et al. (2003). Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 157. 1084-1088.

Lamy, Z, Gomes, M, Gianini, N & Hennig, M (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10. 659-668.

Martins, A & Santos I (2008). Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10. 703-710. Disponível em <http://www.fen.ufrj.br/revista/v10/n3/v10n3a16.htm>.

Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança (2002). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso, 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde.

Mita, L, Sá, F & Frola, M (2005). Estudo comparativo do desenvolvimento sensório-motor de recém-nascidos prematuros da unidade de terapia intensiva neonatal e do método canguru. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*: 18. 191-198.

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (2003). Kangaroo Mother Care: a practical guide. Geneva: World Health Organization.

Venducio, S & Almeida, H (2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 80 (supl). S173-S180.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁG. DE
			90



Apêndice XV – Folheto: Método de Canguru



## Antes de iniciar o método de canguru

- ✓ Estar informado/a
- ✓ Assegurar, junto da equipa de enfermagem, a estabilidade do seu bebé para realizar método de canguru (MC)
- ✓ Estar disponível para realizar o MC (mínimo 1h, sendo que o ideal é durante 2h ou mais)
- ✓ Vestuário adequado (camisola/camisa fácil de alargar no peito)
- ✓ Evitar perfumes ou cremes com cheiro intenso
- ✓ Alimentar-se
- ✓ Ir à casa-de-banho
- ✓ Extrair previamente o leite se estiver a amamentar

TODAS AS SUAS DÚVIDAS  
SERÃO ESCLARECIDAS  
PELA EQUIPA DE  
ENFERMAGEM, NÃO  
HESITE EM PERGUNTAR!



### ELABORADO POR

Enfª Marta Félix (Estudante de Mestrado em ESIP da UCP, 2018)



## MÉTODO CANGURU

Um momento de proximidade,  
amor e carinho!



Identificação do Serviço

Identificação do Hospital

Logotipo da  
Instituição

## Método Canguru

- Desenvolvido pela primeira vez em Bogotá, Colômbia, em 1979, funcionando como um método de fornecer calor à RNPT
- Foi criado pelo Dr. Edgar Rey Sanabria para combater questões como a falta de incubadoras e a infeção cruzada em países pouco desenvolvidos
- Desde a sua introdução, são vários os estudos que têm demonstrado os seus efeitos benéficos no desenvolvimento de RNPT, quer a curto, quer a longo prazo
- Viável para prematuros desde as 28 semanas de idade gestacional

## Como fazer...

Os bebés despidos, apenas com uma fralda, são colocados em posição ventral junto ao peito nu da mãe/pai, promovendo assim o contacto pele-a-pele



## Quais as vantagens...

São várias as vantagens que o Método de Canguru proporciona não só ao bebé, mas também aos pais!

- > Promoção e fortalecimento da Vinculação
- > Estimulação da produção de leite materno e amamentação precoce
- > Aumento do peso
- > Diminuição do risco de infeções hospitalares
- > Termorregulação
- > Diminuição da mortalidade neonatal
- > Melhoria da qualidade do sono
- > Alta precoce
- > Diminuição da perceção da dor

É um direito do seu bebé,  
viva-o plenamente!

## Como podem os pais ajudar?

O Método de Canguru é um forte aliado para a promoção da vinculação entre os pais e o bebé.

A vinculação pode ser alterada por vários fatores. No entanto, a qualidade da relação pais-bebé tem uma forte influência na vossa saúde mental e no bem-estar, desenvolvimento e adaptação ao longo da vida do bebé.

A qualidade e a continuidade dos cuidados prestados pelos pais, a interação e a vinculação segura são fatores muito importantes para o desenvolvimento do bebé, com resultados positivos ao longo do seu crescimento.





Apêndice XVI – Sessão de Formação: “From Tummy to Mummy”



# “FROM TUMMY TO MUMMY”



## MÉTODO DE CANGURU NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS UCIN

Logotipo da  
Instituição

Realizado por: EnF Marta Félix (Estudante de Mestrado em ESIP da UCP, 2018)  
Sob orientação da EnF M.A.  
Com a colaboração de:  
Elisa Páscoa (Enfermeira, UCIN – HDE)

CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
LISBOA 1700-012

## OBJETIVOS

### • OBJETIVO GERAL

- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família em contexto de Cuidados Intensivos, tendo em vista a promoção da vinculação pais/RN a fim de os capacitar no cuidado ao RN hospitalizado

### • OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Contribuir para a adoção de comportamentos que visam a maximização da saúde da criança conduzida pelo cuidado em parceria com os pais, de forma a fortalecer o vínculo entre os mesmos
- Integrar os pais nos cuidados ao bebé e promover a vinculação precoce
- Colaborar e reformular o Projeto do Método de Canguru já existente na UCIN
- Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da realização do Método de Canguru

## MÉTODO DE CANGURU (MC)



- Desenvolvido pela primeira vez em Bogotá, Colômbia, em 1979, funcionando como um método de fornecer calor a Recém-nascidos pré-termo (RNPT) (Johnston et al, 2017)
- Foi criado pelo Dr. Edgar [Rey Sanabria](#) para combater questões como a falta de incubadoras e a infecção cruzada em países pouco desenvolvidos (Johnston et al, 2017)
- Desde a sua introdução, são vários os estudos que têm demonstrado os seus efeitos benéficos no desenvolvimento de RNPT, quer a curto, quer a longo prazo (Johnston et al, 2017)
- Viável para prematuros desde as 28 semanas de idade gestacional (IG) (Johnston et al, 2017)

## MÉTODO DE CANGURU



“Para muitos bebês prematuros é vital receber cuidados de saúde que envolvam um prolongado uso de tecnologia, no entanto, o MC é uma intervenção efetiva e simples de prover ao bebê as suas necessidades de aquecimento, amamentação, proteção contra infecções, estimulação e amor”  
(OMS, 2003)



# VANTAGENS DO MÉTODO DE CANGURU



- Ludington-Hoe (2011), refere os benefícios fisiológicos, comportamentais, de desenvolvimento e sociais do Método de Canguru com RNPT e de termo têm sido relatado mundialmente:

Benefício	Idade Gestacional
Melhor estabilidade fisiológica	Pré-termo
Melhor sincronia biológica	Pré-termo
Início de aleitamento materno mais precocemente	Pré-termo e de termo
Melhor qualidade de sono	Pré-termo
Aumento ponderal	Pré-termo
Controlo temperatura corporal	Pré-termo e de termo
Vínculo mãe/pai-bebé	Pré-termo e de termo
Diminuição da ansiedade (pais e bebé)	Pré-termo e de termo
Diminuição da perceção da dor	Pré-termo e de termo
Diminuição de choro e cólicas	Pré-termo e de termo
Diminuição da probabilidade de infeção nasocomial	Pré-termo e de termo
Diminuição do tempo de internamento	Pré-termo e de termo
Diminuição da mortalidade neonatal	Pré-termo e de termo

## MAS...



Na UCIN o Método de Canguru é oferecido a alguns bebés/pais. Denota-se que só parte dos RNPT internados na UCIN, que pode efetivamente beneficiar do MC, o recebe na nossa prática diária.

**A cobertura poderá e deverá ser amplamente alargada!**



QUAIS OS MOTIVOS QUE LEVAM A EQUIPA DE ENFERMAGEM A NÃO TER UMA RESPOSTA EFETIVA NO MÉTODO DE CANGURU?

## A NOSSA PRÁTICA



- O Método de canguru é oferecido aleatoriamente a bebês estáveis, segundo o nível de conforto da enfermeira responsável pelo bebê
- Inconsistência nas decisões de Enfermagem
- Raramente inclui bebês entubados com tubo endotraqueal (TET) ou com peso inferior a 1200g
- O estímulo e a negociação com os pais para realizar MC é pobre

**PORQUÊ?**

## A NOSSA PRÁTICA



É de maior importância referir que o Método de Canguru teve uma aplicabilidade muito maior mas, devido à conjuntura da UCIN, houve um abandono progressivo desta técnica por fatores vários que se prendem com:

- Bebês submetidos a cirurgias mais complexas
- Possibilidade de extubação inadvertida
- Instabilidade hemodinâmica
- Estimulação excessiva dos RN
- Ansiedade parental
- Intolerância do RN
- Relutância à ideia de expandir a prática aos RN em ventilação invasiva

## A NOSSA PRÁTICA



É de maior importância referir que o Método de Canguru teve uma aplicabilidade muito maior mas, devido à conjuntura da UCIN, houve um abandono progressivo desta técnica por fatores vários que se prendem com:

- Redução abrupta da equipa de enfermagem e, por consequência, aumento da carga de trabalho
- Disponibilidade reduzida para a aplicação do MC, bem como para a vigilância do mesmo
- Esforço acrescido da equipa de Enfermagem para integrar com qualidade a entrada de um número bastante significativo de novos elementos
- Dificuldade na gestão de tempo
- Esforço árduo e contínuo para manter a integridade na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, devido a rácios bastante desadequados

## ASSIM...

É importante uma intervenção na equipa de enfermagem a fim de alertar, sensibilizar e instruir para a (re)implementação do Método de Canguru com maior frequência, nunca descorando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCIN



Esta intervenção relaciona-se com o realce da importância do MC nos RNPT, com a estimulação da equipa de enfermagem para a sua aplicação, com a motivação contínua dos elementos da equipa que já implementaram esta técnica e com a consciencialização para a sua aplicação nos elementos que mais recentemente foram integrados na equipa

## STEP BY STEP...



- Cumprir a norma de procedimento do Método de Canguru
- Identificar as barreiras existentes na equipa de Enfermagem
- Existência de guidelines específicas para a prática do MC na UCIN com base na literatura e nas melhores práticas
- Necessidade de formação na UCIN
- Equipamento facilitador da prática
- Combater a resistência da equipa à mudança

## STEP BY STEP...



- Critérios a ter em conta para identificar bebés como elegíveis para a prática de MC
  - Estabilidade fisiológica independentemente do seu peso ou IG
  - Equipamento necessário
  - Técnicas de transferência
  - Posição ótima
  - Monitorização de sinais vitais
  - Implicações para a equipa de enfermagem

## PROJETO “FROM TUMMY TO MUMMY”



- Critérios de inclusão para a prática do Método de Canguru na UCIN:
  - RNPT com idade gestacional superior a 28 semanas e > 1000g
  - RNPT que mantenham estabilidade hemodinâmica nas últimas 24h (FC, FR, T°, Sat. O2)
  - RNPT que no momento que antecede o MC não apresentem taquicardia mantida >180bpm ou bradicardia <85bpm
  - RNPT Normotérmico/a
  - RNPT que no momento que antecede o MC não apresente dessaturação <85%
  - Com estabilidade ventilatória (ventilação mecânica, BiPAP/CPAP, Alto Fluxo, Óculos nasais ou ar ambiente)
  - RNPT que não apresentem cateterismo umbilical, drenagem torácica ou fototerapia contínua
  - Pais de RNPT que manifestem disponibilidade e voluntariedade para a adoção ao MC

## PROJETO “FROM TUMMY TO MUMMY”



Parâmetros a avaliar	Inicia MC	Não inicia MC
Temperatura axilar	Normotérmico	Hipertérmico
Frequência cardíaca	Normocárdico	Bradicardia <85bpm nas últimas 24h Se bradicardia de recuperação rápida e espontânea < 3x nas últimas 24h (em ventilação não invasiva ou ar ambiente)
Saturação de O2	SpO2 > 95% Se dessaturações > 85% de recuperação rápida e espontânea	Dessaturações < 80% Necessidade de FIO2 > 80%
Suporte de Oxigênio	Ar ambiente Óculos Nasais BiPAP ou CPAP Ventilação mecânica	Instabilidade ventilatória Primeiras 24h após extubação VAFO Óxido Nítrico

## NO ENTANTO...



A nossa UCIN tem um vasto role de particularidades a ter em conta antes de iniciar o Método de Canguru!



Imagem: autorizada pela mãe (UCIN, HDE 2018)

## CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO



- Se os pais são previamente entrevistados, mencionando a importância do MC e negociar tanto o início, como a continuidade do MC durante o internamento (quando possível)
- Se o RNPT (que pode iniciar MC) realiza método de canguru ou não
- Se a díade cumpre, pelo menos, 1h de MC
- Se as intervenções relativas ao MC estão inseridas no Processo do bebé (Sclinico)
- Se as intervenções inseridas no Sclinico são devidamente clicadas e preenchidas quando o bebé realiza MC e se é justificado quando não é possível realizar
- Se é mencionado em notas gerais que o bebé realizou MC, a duração do mesmo e se houve satisfação da díade

## DEFINIR O PLANO DE CUIDADOS



- Para completar o Processo clínico temos que:
  - 1º Abrir o Foco de Atenção - VINCULAÇÃO (que vai estar comprometido)
  - 2º Diagnóstico de Enfermagem (Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover a vinculação)
  - 3º Registrar/Avaliar intervenção (Vinculação - Não demonstra)
  - 4º Ver Status - Salvar
  - 5º Abrir as intervenções definidas (12h/12h - 9h e 21h):
    - Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre o método de canguru
    - Incentivar método de canguru
    - Instruir a mãe e(ou) o pai sobre o método de canguru
    - Treinar a mãe e(ou) o pai sobre o método de canguru
    - Avaliar conforto (criança)

## DEFINIR O PLANO DE CUIDADOS



- Avaliar conforto (criança)

Atividade	Status	Observações
Presença dos pais/prestador de cuidados		
Capacidade dos pais/prestador de cuidados para part		

Nome do grupo

PRESEÇA DOS PAIS/PRESTADOR DE CUIDADOS

Sim

Não

CAPACIDADE DOS PAIS/PRESTADOR DE CUIDADOS PARA PART

Sim

Não

Observações

Salvar

# DEFINIR O PLANO DE CUIDADOS



- Avaliar conforto (criança)

Item	Resposta
Presença dos pais/proximidade de cuidados	Sim
Definição adequada dos pais/proximidade de cuidados para participar	Sim
Presença de condições especiais (cabelos, correntes, etc)	Sim
Comportamento de estabilidade regular/estabilidade/normal	Sim
Interação e comunicação	Sim
<b>Presença de sinais positivos de legend</b>	<b>Sim</b>

# VAMOS, EQUIPA!



- É importante colocar as etiquetas “Eu faço canguru com os meus pais” nas incubadoras ou berços dos meninos que realizam canguru
- Aguardar a chegada dos pais (quando possível) para realizar MC após os cuidados de higiene
- Questionar diariamente se os pais comparecem nos cuidados de higiene e se pretendem depois realizar MC
  - Escrever na folha do bebé em “recados” a fim de passar a informação até ao colega da manhã
  - Caso os pais não possam estar presentes, solicitar que nos contactem antes para ajustar a organização dos cuidados prestados pela colega durante o turno da manhã
- Sensibilizar para esta prática
- A tomada de decisão da realização do MC é da enfermeira responsável pelo bebé, no entanto, é importante partilhar ideias com a restante equipa e uniformizar os cuidados!

# MUITO OBRIGADA A TODAS PELA VOSSA PRESENÇA!



## BIBLIOGRAFIA

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes. 423 p.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058–1062.
- Eichel, P. (2001). Kangaroo care: Expanding our practice to critically ill neonates. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 1(4), 224–228. doi:10.1053/nbin.2001.28101
- Henning, M., Gomes, M., Morsch, D. (2010). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. 8
- Johnson, K. (2013). Maternal-Infant Bonding: A Review of Literature. 28(3), 17–2335, 835–852.
- Johnston, C., Campbell-Yeo, M. e Fernandes, A. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. 2017; 1-19. PubMed; PMID 28739607.
- Ludington-Hoe M. S. (2011). Thirty years of kangaroo care science and practice. *Neonatal Network*, 30(5), 357–362. DOI:10.1891/0730-0832.30.5.357
- Maia, F., Azevedo, V. e Gentijo, F.. Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2011; volume (23): 370-373.
- Mooney- Leber, S. M. e Brummelte, S.. Neonatal pain and reduced maternal care: early-life stressors interacting to impact brain and behavioral development. *Neuroscience*. 2017; volume (342): 21-36.
- Mörelius, E., Theodorsson, E., & Nelson, N. (2005). Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. *Pediatrics*, 116(5), 1105–1113.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *CIPE Versão 2 -Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização* (Série 1-número 8). Lisboa: Cadernos OE.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Kangaroo Mother Care a practical guide*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research.





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

## **PLANO DE SESSÃO**

“From Tummy to Mummy”

**MARTA FILIPA SILVANA FÉLIX**

n.º 192017051

Sob a orientação pedagógica da Professora  
Doutora Elisabete Nunes e da Sr.ª Enfermeira  
orientadora M.A.

Lisboa, 19 de Novembro de 2018

**Plano da Sessão**



**Data:** 14 de Dezembro de 2018

**Hora:** 14h

**Duração:** 30 minutos

**Local:** UCIN – Hospital Dona Estefânia

**Formadores:** Mestranda Marta Félix, sob a orientação/supervisão da Enf.<sup>a</sup> Marina Afonso (Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica).

**Título:** *“From Tummy to Mummy”*

**Temas:**

- Método de Canguru
- A prática na UCIN
- Step by Step (melhoria contínua)
- Projeto “From Tummy to Mummy”
- Plano de Cuidados no SClinico

**Destinatários:** Enfermeiras do Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais

**Objetivos Pedagógicos:**

- Contribuir para a adoção de comportamentos que visam a maximização da saúde da criança conduzida pelo cuidado em parceria com os pais
- Estimular a integração dos pais nos cuidados ao bebé e promover a vinculação precoce
- Colaborar e reformular o Projeto do Método de Canguru já existente na UCIN
- Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da realização do Método de Canguru
- Alertar acerca da necessidade de transmitir os conhecimentos adquiridos aos pais
- Apresentar o folheto realizado sobre o tema em questão

**Metodologias:** Expositiva

**Recursos:** Formador, computador e folheto

## Plano da Sessão

	Conteúdos	Métodos Pedagógicos	Materiais de apoio Pedagógicos	Tempo Previsto	Formadora	Avaliação da Sessão
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e enquadramento do tema;</li> <li>• Nota Introdutória</li> </ul>	Expositivo Interrogativo Demonstrativo	Computador	5 min.	Enf.ª Marta Félix	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método de Canguru</li> <li>• A prática na UCIN</li> <li>• Step by Step (melhoria continua)</li> <li>• Projeto "From Tummy to Mummy"</li> <li>• Plano de Cuidados no SClínico</li> </ul>	Expositivo Interrogativo Demonstrativo	Computador	20 min.	Enf.ª Marta Félix	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo da temática e principais pontos abordados;</li> <li>• Apresentação do folheto realizado sobre o tema em questão</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> <li>• Avaliação da Sessão</li> </ul>	Expositivo	Computador Suporte papel	5 min.	Enf.ª Marta Félix	Entrega de questionário de avaliação da Sessão aos participantes



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

## **Avaliação da sessão “From tummy to Mummy – Método de Canguru” - RESULTADOS**

**MARTA FILIPA SILVANA FÉLIX**

**n.º 192017051**

Sob a orientação pedagógica da  
Professora Doutora Elisabete Nunes e da  
Sr.ª Enfermeira orientadora M.A.

Lisboa, 14 de Dezembro de 2018



## Índice de tabelas e gráficos

Tabela A - Resultados do item – “Apreciação global da formação”.....6

Tabela B – Resultados do item - “Metodologia dos formadores”.....7

Gráfico A – Tratamento de dados dos resultados do item - “Apreciação global da formação”.....8

Gráfico B – Tratamento de dados dos resultados do item - “Metodologia dos formadores”.....8



## 1. INTRODUÇÃO

A concretização da sessão sobre a aplicação do Método de Canguru na Unidade de Cuidados Neonatais (UCIN) surgiu no âmbito do projeto da qual sou dinamizadora e que, ao longo do tempo, houve um abandono progressivo da técnica por diversas alterações sofridas pelo serviço. Deste modo, é de maior importância voltar a formar, sensibilizar, integrar e colaborar com a equipa de enfermagem de modo a voltar a aplicar o método de canguru na UCIN, visto que oferece inúmeras vantagens, não só ao bebé, mas também aos pais. Assim, integrei a equipa de enfermagem neste tema, fortaleci e transmiti conhecimentos relativos ao projeto do método de canguru implementado no serviço.

Estavam presentes 5 profissionais, sendo que para além da formadora estava mais 4 enfermeiras da UCIN. A sessão foi bastante interativa e participativa, havendo oportunidade de criar diálogo entre as presentes de modo a permitir criar um ambiente de partilha de experiências, ideias e sentimentos. Não obstante, foi fácil compreender que os objetivos pretendidos foram atingidos: Contribuir para a adoção de comportamentos que visam a maximização da saúde da criança conduzida pelo cuidado em parceria com os pais, de forma a fortalecer o vínculo entre os mesmos, integrar os pais nos cuidados ao bebé e promover a vinculação precoce, colaborar e reformular o Projeto do Método de Canguru já existente na UCIN e sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da realização do Método de Canguru.

Relativamente à avaliação, foi entregue uma folha de avaliação individual a cada uma das participantes na sessão.

Nas duas tabelas de avaliação, as participantes colocaram a pontuação de “Concordo Totalmente” e 4 (Muito Bom), o que revelou uma grande satisfação da parte das formandas na sua generalidade.

No final da sessão, foi entregue o folheto realizado acerca do Método de Canguru dirigido aos pais com o intuito de estimular a equipa de enfermagem a integrar os pais nos cuidados prestados ao bebé, fortalecer a vinculação entre eles e empoderar os pais a cuidar do seu bebé.

De seguida, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos após o preenchimento da folha de avaliação fornecida ao público presente na sessão.

Este documento pretende apresentar esses mesmos resultados, que respondem *per si*. Concluo, então, que esta sessão foi bastante frutífera para o público-alvo envolvido.

## 2. RESULTADOS OBTIDOS

### 9. Tabela A: Resultado ao item - “Apreciação global da formação”

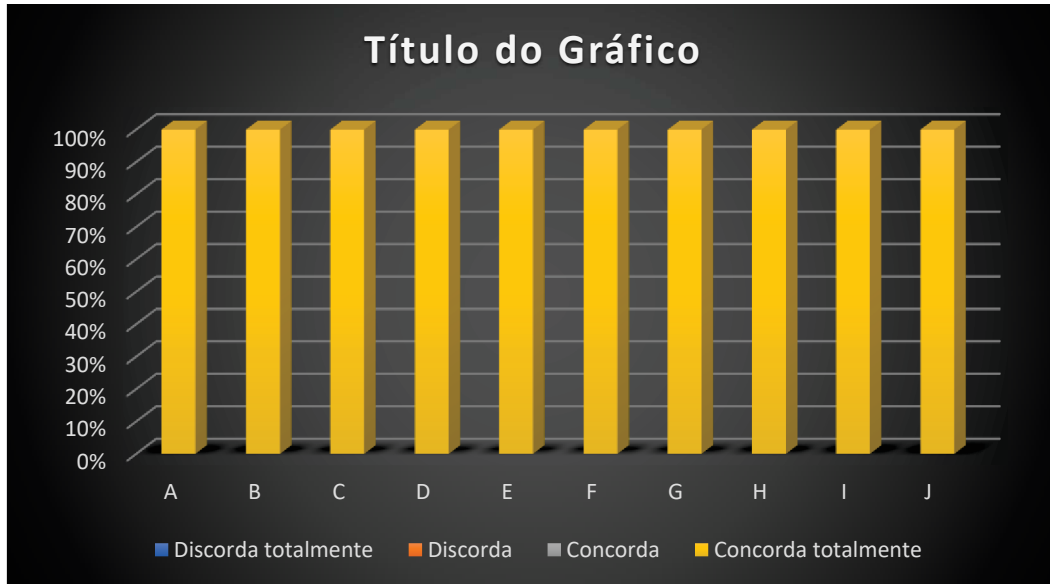
	<b>Discorda totalmente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Concorda</b>	<b>Concorda totalmente</b>
<b>A. Expectativas em relação à formação foram satisfeitas</b>	0	0	0	4
<b>B. Objetivos da formação foram atingidos</b>	0	0	0	4
<b>C. Para a atividade profissional a formação foi útil</b>	0	0	0	4
<b>C. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos</b>	0	0	0	4
<b>D. A teoria foi relacionada com a prática</b>	0	0	0	4
<b>E. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico</b>	0	0	0	4
<b>F. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes</b>	0	0	0	4
<b>G. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade</b>	0	0	0	4
<b>H. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida</b>	0	0	0	4
<b>I. A duração da formação foi adequada</b>	0	0	0	4
<b>J. O horário da formação foi adequado</b>	0	0	0	4
<b>Resultado (%)</b>	0%	0%	0%	100%

10. **Tabela B:** Resultado ao item - “Metodologia dos formadores”

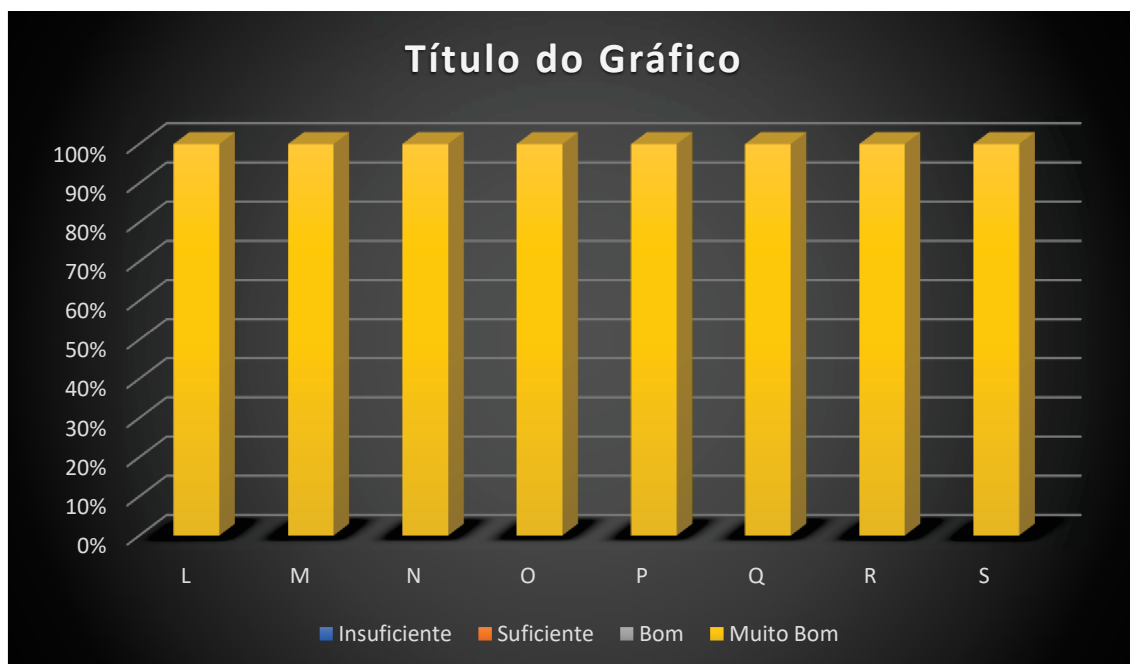
	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>
<b>L. Domínio nos conteúdos apresentados</b>	0	0	0	4
<b>M. Facilidade de transmissão de conhecimentos</b>	0	0	0	4
<b>N. Clareza na transmissão de conhecimentos</b>	0	0	0	4
<b>O. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos</b>	0	0	0	4
<b>P. Interação com o grupo</b>	0	0	0	4
<b>Q. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas</b>	0	0	0	4
<b>R. Gestão do tempo</b>	0	0	0	4
<b>S. Pontualidade</b>	0	0	0	4
<b>Resultados (%)</b>	0%	0%	0%	100%

### 3. TRATAMENTO DE DADOS

12 **Gráfico A:** Resultado do item - “Apreciação global da formação”



13 **Gráfico B:** Resultado do item - “Como avalia a sessão de formação em relação a:”





#### 4. CONCLUSÃO

Para concluir esta avaliação, perante os resultados obtidos, em 100% (a totalidade das respostas) colocaram a pontuação máxima (Concordo Totalmente e Muito Bom), em ambos os pontos a avaliar: “Apreciação Global” e “Metodologia” que se referem à formadora.

Não obstante, foram apontados dois pontos fortes (boa organização de pensamento e boa gestão emocional) e apenas um ponto fraco (transmissão de emoções, relativamente ao nervosismo demonstrando).

Já para a pontuação Discordo Totalmente, Discorda e Concorda e 1,2 e 3, de cada tabela, respetivamente, estas não foram colocadas em nenhuma das respostas obtidas.

Assim, afirmo que estes resultados revelaram uma grande satisfação da parte da equipa relativamente à importância que esta sessão teve para o desenvolvimento profissional e pessoal dos participantes, bem como para a excelência da equipa em geral. Não obstante, relativamente à duração, pertinência do tema, método de apresentação e apreciação global, as participantes demonstraram igualmente elevada satisfação.

Assim, posso concluir que os resultados obtidos falam por si e que esta sessão foi bastante frutífera para o público-alvo envolvido na sessão. Já para mim, enquanto pessoa e profissional de saúde, considero que foi uma mais-valia para o meu crescimento a todos os níveis e pretendo continuar a intervir de forma enriquecedora para a evolução dos meus pares.



Apêndice XVII – Resultados da auditoria realizada na UCIN: Método de Canguru





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

## **Relatório da auditoria “From tummy to Mummy – Método de Canguru” - RESULTADOS**

**MARTA FILIPA SILVANA FÉLIX**

**n.º 192017051**

Sob a orientação pedagógica da  
Professora Doutora Elisabete Nunes e da  
Sr.ª Enfermeira orientadora M.A.

Lisboa, 14 de Dezembro de 2018



## 5. RELATÓRIO DE AUDITORIA

### **DESIGNAÇÃO GENÉRICA:**

“From tummy to mummy” - Método Canguru: Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

### **ÂMBITO: Área de Pediatria Médica – UCIN**

**DATA DA REALIZAÇÃO:** 10 a 19 de Dezembro de 2018

### **OBJECTIVOS:**

- Caracterizar a população de RNPT que realizaram o Método Canguru;
- Apurar se existe registo da duração diária e das reações da díade dos RNPT que realizaram o Método;
- Verificar se, de acordo com os registos, foi cumprida a duração mínima de 1 hora/dia em 100% dos RNPT;
- Verificar se as intervenções associadas ao Método Canguru foram adicionadas adequadamente ao plano de cuidados no aplicativo informático *SClinico*® em 90% dos RNPT.

**AUDITORES:** Marta Félix

### **METODOLOGIA DE COLHEITA DOS DADOS:**

Revisão retrospectiva dos registos de enfermagem referentes à prática do Método Canguru no período de 10-12-2018 a 19-12-2018.

### **METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS:**

Conformidade dos registos de enfermagem com o procedimento respetivo e análise dos resultados.

---

## RESULTADOS OBTIDOS:

1. Total de RNPT que realizaram o Método Canguru: **n= 3**
2. Distribuição dos RNPT quanto à IG nascença e IG corrigida no dia em que iniciaram o MC:

	IG nascença	IG Início MC	Média
<b>1</b>	33	35	2
<b>2 BIPAP</b>	25	31	6
<b>3 BIPAP</b>	24	37	13



Em média, os RNPT demoraram seis semanas a iniciar o Método Canguru desde o seu nascimento. No entanto, a IG corrigida média foi de 34 semanas, o que cumpre as indicações transmitidas à equipa (RNPT de IG>28 semanas, observando as condições de estabilidade do RN). É importante realçar que dois RN iniciaram o Método com VNI (ventilação não-invasiva), o que demonstra a preocupação com o início precoce do Método, desde que se mantenha a estabilidade hemodinâmica do RN.

3. Distribuição dos RNPT quanto ao peso (nascimento e início do MC):

	Peso nascença	Peso início MC
<b>1</b>	2470	2600
<b>2</b>	710	900
<b>3</b>	670	1370

---

O peso médio situa-se acima do valor de referência >1000 gramas. No entanto, um RNPT iniciou o Método em segurança com um peso inferior. Cada RN é avaliado individualmente no seu padrão de estabilidade, pelo que, desde que se verifique estabilidade clínica e hemodinâmica, o início precoce do Método é aconselhado, devido aos seus benefícios comprovados pela evidência

#### 4. Distribuição dos RNPT quanto ao número total de dias de MC desde a minha intervenção em serviço



A presente auditoria foi realizada desde a minha intervenção perante a equipa de enfermagem, de forma a estudar e compreender se o resultado seria frutífero e se a minha abordagem foi adequada. Perante estes resultados, posso afirmar com firmeza que a minha intervenção foi, de fato, uma mais-valia no que diz respeito à aplicação, continuidade e qualidade na aplicação do Método de Canguru na UCIN.

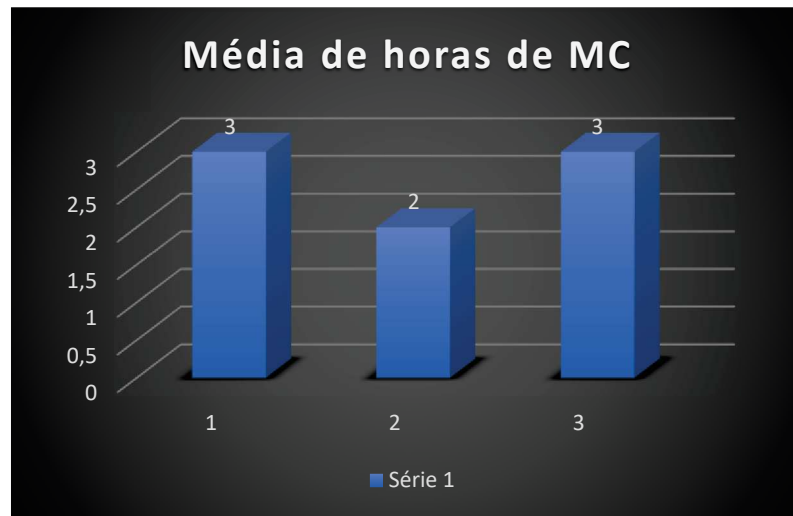
Quando o enfermeiro assume como não executada a intervenção no SClínico® *"Promover vinculação através de técnica de interação "Método Canguru"*, o sistema direciona para uma justificação da não realização da intervenção quando planeada. As justificações registadas com mais frequência foram:

- Pais ausentes
- Não foi possível
- Não foi oportuno
- Mãe refere estar doente
- Pais presentes por um curto período
- Pais não compareceram nos cuidados de higiene

É importante referir que para a compreensão deste cuidado essencial ao RNPT e família, devem ser registados os motivos que levaram à não realização do Método Canguru com maior clareza.

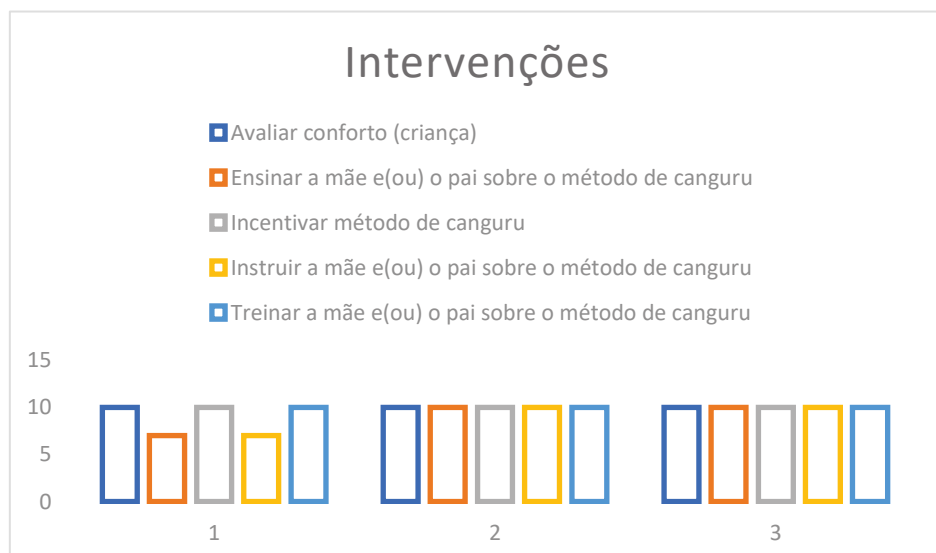
---

## 5. Distribuição dos RNPT quanto à média de horas diárias de MC



Verificou-se que em todos os casos o Método Canguru teve uma duração média diária igual ou superior a 1 hora. A média geral foi de 2,6 horas. No entanto, estes dados reforçam a importância dada pela equipa de enfermagem na execução deste cuidado nos moldes que permitem aumentar os seus benefícios, nomeadamente a sua duração.

## 6. Distribuição geral do levantamento das intervenções associadas ao MC

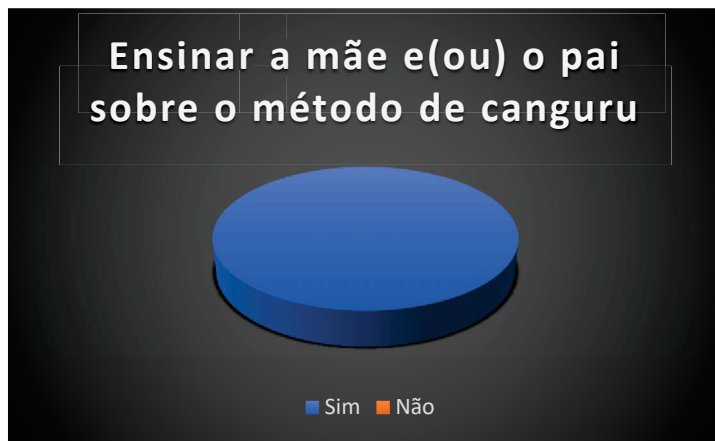


---

Os dados revelam que a equipa continua familiarizada e sensibilizada para o adequado levantamento das intervenções em registo eletrónico sempre que iniciam o Método Canguru com um RN/família. No entanto, denota-se a necessidade de melhoria nas intervenções “*Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre o método de canguru*” e “*Instruir a mãe e(ou) o pai sobre o método de canguru*”, visto que após realização constante do MC e os ensinamentos apurados pelos pais, não há necessidade de manter as duas intervenções abertas.

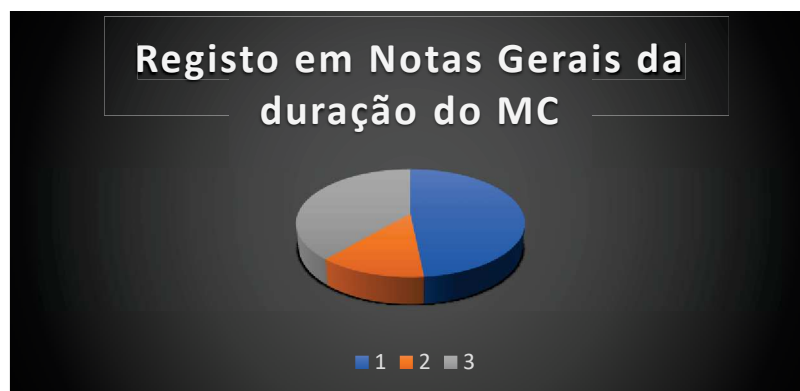
## 7. Distribuição geral dos registos da Entrevista Inicial aos pais

Para que os pais compreendam a essência e importância do Método Canguru, os enfermeiros da UCIN fazem o ensino deste cuidado num momento que denominamos de entrevista inicial. É a partir dessa abordagem que emerge o compromisso dos pais e dos próprios enfermeiros na efetivação do Método Canguru.



No que respeita ao registo e levantamento da intervenção “*Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre o método de canguru*”, a qual corresponde à entrevista inicial, houve registo em 100% dos casos.

## 8. Distribuição geral dos registos da duração do Método Canguru (em horas)

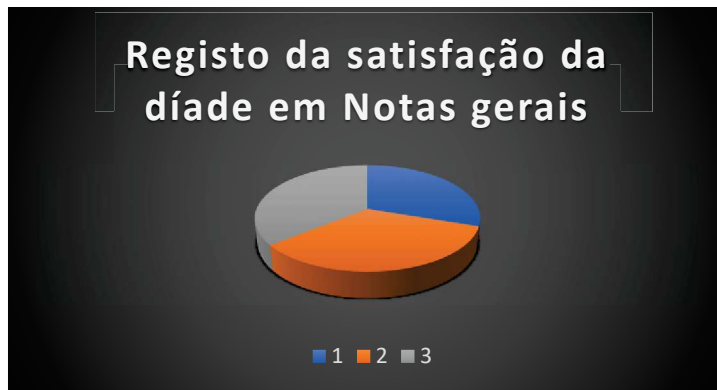


---

O tempo em que o RN permanece pele-com-pele com a mãe/pai é um dado essencial para a compreensão e melhoria deste cuidado. Como tem de ser registado em notas (gerais ou notas associadas), é possível que haja mais falhas de documentação. Aliás, analisando os casos em que houve registo, uma larga maioria foram em notas gerais. Deste modo, sugere-se uma maior sensibilização para este tópico e o seu registo nas notas gerais.

#### **10. Distribuição geral dos registos relativos à satisfação da díade ao Método Canguru**

Neste parâmetro observa-se um valor bastante elevado de registos, pelo que mostra que a equipa valoriza e descreve, quando relevante, os sentimentos expressos pelos pais, bem como a manifestação do bebé durante o método.



## **CONCLUSÕES E PROPOSTAS DE MELHORIA:**

### **CONCLUSÕES**

1. O Método Canguru, enquanto estratégia promotora da vinculação e do desenvolvimento e bem-estar do RN, é valorizada e realizada pelos enfermeiros da UCIN, sempre que a estabilidade do RN e condições de permanência da família o permitam;
2. O registo da duração diária atingiu níveis satisfatórios, mas continua a necessitar de reforço. Este é um dado essencial para a compreensão e melhoria deste cuidado, visto que os benefícios do Método são manifestados, segundo a evidência, com a sua duração e consistência;
3. O registo dos motivos pelos quais o Método não foi realizado pode trazer maior informação sobre os obstáculos e dificuldades associados à manutenção deste cuidado por mais tempo. Nem sempre se verificou esse registo de uma forma adequada, pelo que há necessidade de incidir nesse aspeto;
4. Mantiveram-se bons índices no levantamento das intervenções referentes ao Método Canguru.

### **PROPOSTAS DE MELHORIA**

- Incidir na sensibilização da equipa acerca da importância do registo da duração diária do Método.
- Alertar para a necessidade de terminar as Intervenções de Enfermagem que já não se adequam ao nível de aprendizagem dos pais relativamente ao Método de Canguru.
- Devido à admissão de novos enfermeiros, a formação inicial sobre os fundamentos do Método Canguru e os objetivos deste Projeto de melhoria contínua da qualidade de cuidados torna-se imprescindível, pelo que se pretende que os novos elementos em particular assistam às formações a realizar.



## **Anexos**



Anexo I – Declaração de publicação do Poster científico: “Os benefícios da intervenção de Enfermagem para a promoção da parentalidade no cuidar da criança com doença crónica”





CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA - PORTO

## DECLARAÇÃO

### 1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

Para os devidos efeitos se declara que, **MARTA FÉLIX** e **ELISABETE NUNES** participaram com um Poster:

**“Os benefícios da intervenção de Enfermagem para a promoção da parentalidade no cuidar da criança com doença crónica”**

no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Director  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde  
Sérgio Deodato **PhD, RN**  
Professor Associado



Anexo II – Certificado de presença nas 11as Jornadas da Família





**11** JORNADAS  
DA FAMÍLIA  
3 e 4 maio de 2018  
Faculdade de Medicina  
Dentária – Lisboa

**CERTIFICADO**

Certifica-se que

**MARTA FILIPA SILVANA FÉLIX**

esteve presente nas 11<sup>as</sup> Jornadas da Família – Mitos e Modas,  
realizadas nos dias 3 e 4 de maio de 2018, na Faculdade de  
Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Lisboa, 4 de maio de 2018

Paulo Góm

Alexandre Valentim Lourenço

**MITOS E MODAS**



