



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE
INFANTIL E PEDIÁTRICA: PROMOÇÃO DA PARENTALIDE NA
CONDIÇÃO DE GEMELARIDADE**

PAEDIATRIC NURSE'S INTERVENTION: PROMOTING TWIN PARENTING

Por Ana Catarina Mourão Simões

Lisboa, fevereiro 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE
INFANTIL E PEDIÁTRICA: PROMOÇÃO DA PARENTALIDE NA
CONDIÇÃO DE GEMELARIDADE**

PAEDIATRIC NURSE'S INTERVENTION: PROMOTING TWIN PARENTING

Por Ana Catarina Mourão Simões

Sob orientação de

Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer

Lisboa, fevereiro 2023

RESUMO

Este relatório relata e analisa todas as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, de forma a permitir a aquisição de competências gerais e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A análise elaborada assentou na reflexão crítica relativa às intervenções de enfermagem desenvolvidas ao longo do estágio, de forma a promover a aquisição de competências parentais no contexto da parentalidade de gémeos e contribuir para o desenvolvimento da parentalidade positiva no contexto de internamento da criança.

O estágio desenvolveu-se em locais de assistência à criança/jovem e sua família, especificamente Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Urgência Pediátrica e Serviço de Internamento de Pediatria, no período compreendido entre 6 de setembro de 2021 e 18 de dezembro de 2021.

A metodologia utilizada na elaboração do relatório foi descritiva, analítica e reflexiva suportada por pesquisa bibliográfica, permitindo o desenvolvimento de competências específicas na assistência à criança/jovem e família ao longo do ciclo de vida, tanto na manutenção e promoção da saúde como no tratamento da doença aguda, manutenção da doença crónica e internamento quando necessário. Este desenvolvimento ocorre com o objetivo de prestar cuidados de excelência de enfermagem e a otimização do ambiente da prática de enfermagem.

O relatório apresentado demonstra aprendizagens em diversas áreas específicas da especialização em saúde infantil e pediátrica, como: parentalidade; parceria e negociação de cuidados; estratégias de comunicação com a criança/jovem e família apropriadas à idade, estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil; intervenção nas doenças comuns; reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte; promoção da dignificação da morte e processos de luto; estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio e controlo da dor; amamentação e promoção da vinculação. Destaca-se ainda a prestação de cuidados em situações de especial complexidade e o desenvolvimento de capacidade autorreflexiva, aliados à busca constante de novo conhecimento científico, os grandes

pilares para uma prática sustentada na evidência científica atual e a aquisição das competências de enfermeiro especialista e, conseqüentemente, a elaboração do relatório.

Palavras-chave: enfermeiro especialista; criança; competências; parentalidade; gemelaridade.

ABSTRACT

This report describes and analyzes all the activities that were carried during the internship to allow the acquisition of the general and specific competencies to be Paediatric Nurse. The analysis was based on a critical reflection on the nursing interventions developed throughout the internship, to promote the the competencies related to parenting twins and contribute to the development of positive parenting during the hospitalization of the children.

The internship took place in clinical contexts of assistance to children/adolescents and their families, specifically the Neonatal Intensive Care Unit, Paediatric Emergency Room and Paediatric Ward, between September 6th 2021 and December 18th 2021.

The methodology used in this report was descriptive, analytic, and reflexive supported by search, allowing the development of specific competencies related to the caring of a child/adolescents and family throughout the life span, maintaining and promoting health as well as providing the treatment of acute sickness, supporting in chronic illness condition and hospitalization, whenever necessary. These activities target the goal of providing excellent nursing interventions and optimizing the environment of nursing practice.

This report showcases the learning in various specific areas of paediatric nursing, such as: parenting; partnership and negotiation of care; communication strategies with the child/adolescents and family age, development and culturally appropriate; evaluation of growth and infants' development; intervention in common diseases; recognition of life-threatening situations; promotion of death's dignity and grieving process; pharmacologic and non-pharmacologic pain management strategies; breastfeeding and promoting binding. I would like to highlight, also, the care in especially complex situations and the development of the self-reflective ability, together with the constant search of new scientific knowledge, the great pillars of a practice supported by current scientific evidence and the gain of specialized nurse and, hence, the elaboration of the report.

Keywords: specialist nurse; skills; children; parenting; twinning.

*"I might think I can't take it anymore,
that I can't go on anymore,
but one way or another
I get past that."*

Haruki Murakami

AGRADECIMENTOS

À minha família, em particular os meus pais e irmã, por todo o apoio mesmo nos momentos mais difíceis e pelo incentivo perante as dificuldades.

Às minhas amigas, Luísa e Rita, pelo apoio incondicional e por serem um ombro amigo ao longo deste percurso.

Às minhas colegas de trabalho pela compreensão e incentivo na busca do que era e foi a decisão mais difícil que alguma vez tomei.

À Prof.^a Doutora Sílvia Caldeira pela orientação, disponibilidade, apoio e tolerância demonstrada, assim como pelas palavras honestas e conselhos que levo para a vida.

Às enfermeiras orientadoras que me acompanharam no estágio pelos momentos de aprendizagem, espírito de interajuda, tempo disponibilizado e todas as sugestões dadas.

Aos colegas da especialidade, em especial a Samantha, pela ajuda, incentivo, trabalho em equipa e partilha de conhecimentos, bem como as amigadas que levo para a vida.

Ao Prof. José que foi, e continuará sempre a ser, a minha maior inspiração na enfermagem. Sem ele, eu não estaria aqui e não me teria tornado na pessoa que sou hoje.

A todos os que estiveram presentes durante o meu percurso, o meu muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

APA – *American Psychological Association*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CHL – Centro/s Hospitalar/es de Lisboa

CIPE[®] – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

ECTS – *European Credit Transfer and Accumulation System*/Sistema Europeu de Transferência de Créditos

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

GOBP – Guia Orientador de Boa Prática

ICN – *International Council of Nurses*

IFEC – Inquérito à Fecundidade

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido/s

SUPed – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	13
1. PARENTALIDADE NA CONDIÇÃO DE GEMELARIDADE.....	17
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	25
2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS.....	26
2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	27
2.3. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA.....	28
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS.....	29
3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	33
3.1.1. Nos Contextos de Estágio.....	35
3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	35
3.2.1. Nos Contextos de Estágio.....	42
3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	61
3.3.1. Nos Contextos de Estágio.....	62
3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	63
4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	67
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
APÊNDICES.....	77
APÊNDICE I – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE NA CONDIÇÃO DE GEMELARIDADE: <i>SCOPING REVIEW</i>.....	78
APÊNDICE II APÊNDICE II – REFLEXÃO CRÍTICA: PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	115
APÊNDICE III – PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “A PARENTALIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – CONCEITOS”.....	130
APÊNDICE IV – SESSÃO DE FORMAÇÃO “A PARENTALIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA – CONCEITOS”.....	132

APÊNDICE V – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SESSÃO FORMATIVA (“A PARENTALIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – CONCEITOS”).....	138
APÊNDICE VI – PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO “ <i>THE BUTTERFLY PROJECT</i> – PERDA DE UM RECÉM-NASCIDO DE GRAVIDEZ GEMELAR/MÚLTIPLA”.....	139
APÊNDICE VII – SESSÃO DE FORMAÇÃO “ <i>THE BUTTERFLY PROJECT</i> – PERDA DE UM RECÉM-NASCIDO DE GRAVIDEZ GEMELAR/MÚLTIPLA”.....	141
APÊNDICE VIII – FOLHETO INFORMATIVO “ <i>PROJETO BORBOLETA – COMO LIDAR COM A PERDA DE UM BEBÉ DE GRAVIDEZ GEMELAR/MÚLTIPLA?</i> ”.....	144

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, concretizado na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e no contexto da Unidade Curricular (UC) “Estágio Final e Relatório”, com 30 créditos ECTS. O plano de estudos da UC incorpora objetivos a serem cumpridos ao longo do estágio, nomeadamente:

- “Capacidade para trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização;
- Saber aplicar os seus conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Ser capaz de participar em investigação aplicada na sua área de especialização;
- 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;
- Capacidade para refletir sobre implicações dos atos que pratica e a sua responsabilidade ética e social, e sobre as situações que os condicionem;
- Capacidade para aplicar os princípios, os valores e dos deveres profissionais, assim como as normas legais que regulam o exercício da enfermagem;
- Agir de forma segura, no cumprimento das normas institucionais de qualidade;
- Capacidade de gestão de cuidados, incluindo na articulação com outros profissionais;
- Capacidade de autoavaliação, procurando uma continuada atualização científica na sua área de especialização;

- Nível adequado de desenvolvimento das competências específicas da sua área de especialização, nos termos regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros.”.

A elaboração do relatório pretende demonstrar todo o percurso, experiências e situações vivências, bem como os conhecimentos obtidos, as atividades desenvolvidas e as competências específicas trabalhadas. Desta forma, os objetivos deste relatório passam pela descrição dos objetivos específicos no decorrer dos diferentes contextos de estágio e as respetivas atividades para a concretização dos mesmos, bem como o cumprimento dos objetivos previstos na UC e que fundamentam as competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Para além da descrição, farei, ainda, uma análise crítica e reflexiva do percurso, tendo sempre como base evidência científica atual e fundamentação teórica apropriada. O estágio surge como uma estratégia definida no plano de estudos do curso de mestrado, visando a aplicação de conhecimentos teóricos previamente existentes permitindo, desta forma, a sua consolidação e potenciar a aquisição de novos conhecimentos. Este estágio, e seus diferentes contextos, proporcionaram um leque variado de experiências únicas e ricas em novo conhecimento e competências. O estágio foi dividido em três contextos diferentes de assistência à criança/jovem e família, nomeadamente Serviço de Internamento de Pediatria, Serviço de Urgência Pediátrica (SUPed) e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). No que diz respeito à carga horária prevista para a UC, estão previstas 360 horas de contacto no decorrer de 15 semanas de estágio e cerca de 15 horas semanais de trabalho individual. Decidi iniciar o meu percurso na UCIN, por estar bastante familiarizada e confortável com as famílias e os cuidados aos recém-nascidos (RN) pela minha experiência profissional numa Unidade de Puerpério. Por outro lado, tenho um interesse muito especial pela área da Neonatologia e tinha alguns receios e muita curiosidade por este ramo tão vasto dentro do universo da Pediatria. O estágio seguinte no SUPed decorreu na minha primeira escolha, feita, inicialmente, por conveniência de ser no mesmo hospital onde trabalhava e por ser um centro de referência nacional na área da Pediatria. Por último, escolhi o local de estágio por já conhecer o serviço e por ser local de referência na área. Para além disto, durante o estágio, ocorreram três sessões de orientação tutorial e seminários, contabilizando 24 horas.

O motivo pelo qual decidi iniciar esta formação específica prende-se com o gosto, desde sempre, pela área da pediatria e, desde que iniciei o meu percurso na enfermagem, esse desejo continuou presente e cada vez mais objetivo, com uma necessidade de aprofundar

os conhecimentos que fui adquirindo na minha prática clínica, mais ligada aos RN, e aqueles que adquiri com a leitura de artigos e manuais relativos à saúde infantil e pediátrica. Desta forma, considerei imprescindível começar este percurso, tornando-me uma profissional mais capacitada na prestação de cuidados de excelência às crianças/jovens e famílias que, no futuro, serão o alvo dos meus cuidados. Por outro lado, a carência de experiência dentro do ramo da Pediatria, levou-me ao desenvolvimento de capacidades essenciais, nomeadamente na comunicação e desenvolvimento da criança/jovem, intervenções de enfermagem específicas e autónomas promotoras do conforto e parentalidade ao longo da situação de doença e hospitalização, potenciando comportamentos promotores e geradores de saúde e uma transição nos diferentes contextos, seja no processo saúde-doença como na transição da parentalidade nos seus diferentes eixos.

O relatório apresentado encontra-se assente numa metodologia descritiva, analítica e descritiva com devida sustentação em pesquisa bibliográfica e evidência científica atual. Com a realização deste relatório, foi possível a descrição e análise crítica dos objetivos definidos e atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, o desenvolvimento da minha capacidade crítica e reflexiva sobre o processo de aprendizagem e aquisição de competências e, por último, o relatório enquanto instrumento de avaliação. Para permitir uma melhor organização do relatório em questão, procedeu-se à sua divisão em 5 capítulos distintos: o capítulo 1 referente à introdução; o capítulo 2 composto por uma breve caracterização dos locais de estágio integrantes da UC e seu plano de estudos, bem como aprendizagens práticas e teóricas adquiridas nesse período de tempo; o capítulo 3 aborda todas as competências desenvolvidas, os objetivos traçados e as atividades concretizadas e, posteriormente, uma reflexão analítica do percurso; o capítulo 4 aborda, de forma sucinta, as competências de Mestre; e, por último, o capítulo 5 com a apresentação de algumas considerações finais relativas ao trabalho elaborado, especificando desafios encontrados ao longo do estágio e as suas implicações para a minha prática diária e futura enquanto EESIP. O relatório apresentado segue as normas de referência da *American Psychological Association* (APA 7th).

1. PARENTALIDADE NA CONDIÇÃO DE GEMELARIDADE

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica foi proposta a elaboração de uma *scoping* review com uma temática de interesse pessoal e relacionado com a área de especialidade. Tendo em vista esta situação, o tema abordado foi a parentalidade na condição de gemelaridade, por ser uma situação específica e por, após revisão da literatura e pesquisa bibliográfica, não existir muitos estudos que envolvam intervenções específicas dos enfermeiros no apoio aos pais nesta situação. É um momento de especial vulnerabilidade e que deve ser tratado com a devida especificidade e prestar cuidados que potenciem as capacidades dos pais e promovam uma transição saudável, bem como uma gestão emocional adequada. Assim, esta é, também, a temática central do relatório apresentado.

A parentalidade é entendida como um processo contínuo e em constante transformação no decorrer do desenvolvimento da criança. Implica a existência de um adulto que assuma as responsabilidades inerentes de ser mãe/pai, apresentando comportamentos facilitadores da integração da criança na sociedade e, em simultâneo, promotores do desenvolvimento da mesma. Este papel é condicionado por múltiplos fatores, internos e externos, e que impactam o desempenho do papel. Estes fatores incluem a forma como os pais desempenham o papel parental e o seu compromisso, as expectativas e influências da sociedade e o tipo de apoio familiar e social disponível (CIPE, 2018; OE, 2010; Hockenberry & Wilson, 2011).

O conceito de gemelaridade é definido como uma gestação com dois ou mais embriões, podendo existir a fecundação simultânea de dois ovócitos ou ocorrer a divisão do mesmo ovócito e o consequente desenvolvimento dos fetos no útero materno (Soares et al., 2019). Esta gestação apresenta maiores riscos para a saúde materna e neonatal, aumentando a morbilidade e comorbilidades associadas às gestações gemelares/múltiplas. Montenegro e Filho (2017) e Cunningham et al (2012), diferencia as gestações gemelares e múltiplas tendo em conta o número de ovócitos fertilizados. Assim, a gestação dizigótica ocorre com a fertilização de dois ovócitos em simultâneo e por dois espermatozoides distintos, enquanto a gestação monozigótica diz respeito à fecundação de um ovócito e sua posterior divisão.

A gestação gemelar/múltipla é descrita como exigente mental e fisicamente, já que os desconfortos associados à gravidez se encontram exacerbados e, por este motivo, requerem maior vigilância. Os riscos neonatais e maternos mais prevalentes incluem: aumento de mortalidade e morbidade neonatal associada à prematuridade; anomalias congénitas; parto prematuro; recém-nascido de baixo peso; patologias placentares como a placenta prévia e descolamento da placenta; restrição de crescimento intrauterino; rotura prematura das membranas; hiperémese gravídica; diabetes gestacional; pré-eclâmpsia; doença tromboembólica venosa e alterações na coagulação e fibrinogénio com aumento da atividade anticoagulante; hemorragia pós-parto; e, em casos extremos, morte fetal intrauterina de um ou vários fetos (Montenegro e Filho, 2017; Coelho, 2011).

Segundo o Inquérito à Fecundidade (IFEC, 2020), os baixos níveis de natalidade em Portugal prendem-se, em parte, com a estrutura etária e a limitada fase fértil da mulher, que se situa entre os 15 e os 49 anos. A percentagem de mulheres em idade fértil tem diminuído ao longo dos anos, com envelhecimento progressivo da população e a emigração de mulheres em idade fértil para outros países. Para além deste fator, os baixos níveis de fecundidade e o padrão tardio da mesma, com menos filhos e o adiamento do projeto de ser mãe contribuem para esta situação. Por outro lado, muitos jovens referem não ter vontade de ter filhos enquanto outros referem diversos motivos para adiarem a vontade de constituir família, nomeando fatores económicos, instabilidade laboral e, mais recentemente, a situação pandémica como motivos. De acordo com Montenegro e Filho (2017), existe uma maior probabilidade de gravidez gemelar com o aumento da idade materna. A reprodução assistida, a hiperestimulação ovárica com gonadotrofinas e a Fertilização *In Vitro* são outros fatores que contribuem para a ocorrência mais frequência de gravidezes gêmeares. Segundo os autores, apesar da gravidez gemelar só corresponder a 3% das gravidezes, é responsável por 13-20% dos partos pré-termo com 60% dos partos antes das 37 semanas de gestação e 12% antes das 32 semanas.

Posto isto, não é de estranhar que, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (2020), Portugal apresenta uma baixa incidência de partos gêmeares e/ou múltiplos, com uma redução de 0.2% quando comparada com o ano de 2014, passando de 3.2% para 3.0% de partos nados-vivos gêmeares/múltiplos. As regiões com maior frequência são a Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo e as Regiões Autónomas dos Açores e Madeira. Apesar desta diminuição, existem alguns fatores que podem, num futuro próximo, propiciar o aumento dos partos gêmeares e/ou múltiplos. como o

aumento da idade de gravidez das mulheres, o aumento das comorbilidades nas mulheres em idade fértil e o aumento na utilização de técnicas de reprodução medicamente assistidas.

A parentalidade na condição de gemelaridade, pela sua especificidade e complexidade, carece de maior estudo e atenção da enfermagem. A preparação e o suporte pré-parto contribuem para o bem-estar da mãe ao longo da gravidez e, quando aliados ao apoio e presença do parceiro no processo de pré e pós-parto, contribui para a prevenção de stress materno, depressão pós-parto e uma adaptação eficaz à parentalidade gemelar (Martins, Ângelo, Martinho & Andrade, 2014). É fundamental que o enfermeiro seja capaz de identificar as dificuldades experienciadas pelos pais de forma a delinear e executar um plano de cuidados direcionado às necessidades identificadas, contribuindo para a adaptação à parentalidade de gémeos, promovendo uma melhor saúde mental familiar e mobilizando recursos que apoiem a família no processo (Martins, Ângelo, Martinho & Andrade, 2014; Andrade, Martins, Ângelo, Santos & Martini, 2014).

No que diz respeito à parentalidade em contexto da gemelaridade, é possível identificar dificuldades e problemas priorizados pelos pais e que a enfermagem deverá dar resposta, de forma a potenciar e facilitar o desenvolvimento de capacidades para uma adaptação eficaz a um processo complexo.

Por um lado, existem todas as preocupações associadas com a gravidez gemelar/múltipla, em especial o risco de prematuridade, complicações associadas ao parto prematuro e, em último caso, a morte de um dos bebés. O nascimento prematuro dos bebés e o internamento, por vezes prolongado, dos bebés em unidades de cuidados intensivos neonatais afeta, negativamente, a vinculação da mãe com os bebés e contribui para o aumento da ansiedade e receios das potenciais consequências para o futuro das crianças, bem como pelas exigências físicas e psicológicas associadas ao internamento dos bebés na UCIN (Veiga, Bertão & Alarcão, 2019; Nurse & Kenner, 2011). A promoção da vinculação deve ser feita pelos profissionais de saúde, apoiando os pais ao longo do internamento e ajudando-os a identificar semelhanças e diferenças entre os bebés, reconhecendo as preferências de cada bebé e gerindo as expectativas relativas ao crescimento individual tendo em conta as suas necessidades específicas, promovendo o processo de individuação (Khalil, Lewi & Lopriore, 2021).

Veiga, Bertão & Alarcão (2019) investigaram os impactos negativos na vinculação mãe-bebês aquando do internamento de um ou mais recém-nascidos. Nesta situação, as expectativas e idealizações criadas pela mãe ao longo da gravidez são destruídas, seja pela situação clínica dos bebês como pelo próprio nascimento e pelas complicações inerentes à prematuridade e a sobrevivência dos RN. Sentimentos de frustração e culpabilidade podem comprometer o equilíbrio emocional materno e, consequentemente, ao desinteresse materno pelos bebês com interação reduzida e estabelecimento da vinculação comprometida. Por este motivo, os bebês procuram menos interações e contato com a mãe e não respondem ao afeto demonstrado.

Como descrito anteriormente, as gravidezes gemelares/múltiplas têm maior probabilidade de parto pré-termo e internamentos mais prolongados de um ou mais recém-nascidos. Por este motivo, é necessário apoiar os pais durante o internamento e promover estratégias que reduzam o impacto do internamento no seu desenvolvimento. Nurse & Keller (2011) sugerem estratégias como a redução de estímulos ruidosos, luminosos e procedimentos invasivos e/ou dolorosos e a partilha de incubadora sempre que a estabilidade e segurança dos bebês estejam garantidas. Para além do efeito neuroprotetor no desenvolvimento, a partilha da incubadora promove a autorregulação, desenvolvimento de mecanismos de consolo e a sincronização de sonos mais eficazes e prolongados. As autoras ainda identificam intervenções como o contacto pele-a-pele, método *kangaroo* e massagens como benéficas no neuro-desenvolvimento dos bebês e na promoção da vinculação durante o internamento prolongado. A existência de um diário escrito das pequenas conquistas dos bebês e marcos importantes também demonstra ter efeitos positivos na vivência do internamento na UCIN e estabelecimento da vinculação.

Apesar do constante desenvolvimento tecnológico e médico, a morte de um ou mais recém-nascidos fruto de uma gravidez gemelar/múltipla pode ocorrer no período pré, intra e pós-parto ou no decorrer do internamento de longa duração na UCIN. É uma vivência devastadora e que deverá ser reconhecida pelos profissionais de saúde já que pode conduzir ao aumento de ansiedade pelo futuro do(s) bebê(s) sobrevivente(s). A perda de um bebê fruto de uma gravidez gemelar/múltipla e a sobrevivência do(s) restante(s) bebê(s) gere sentimentos contraditórios nos pais: por um lado, o luto e a tristeza pela perda que sofreram e, por outro, a alegria e esperança pela sobrevivência. Esta perda pode afetar o processo de vinculação e a vivência da experiência da parentalidade. É fundamental reconhecer a perda, o seu impacto na vida dos pais e a

partilha de emoções de forma a vivenciar a situação de uma forma mais positiva (Veiga, Bertão & Alarcão, 2019; Hayes, Richards, Crowe, Campbell, Embleton & Rankin, 2015).

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam esta perda e estejam munidos de estratégias e intervenções que apoiem os pais no seu processo de luto e na adaptação ao novo papel de pais. O reconhecimento do estatuto de gemelaridade/RN de gravidez múltipla durante o internamento na UCIN, através da utilização de um símbolo na incubadora, ajuda na identificação de perdas gestacionais ou pós-parto e permite, não só alertar a equipa de profissionais de saúde para esta situação, mas, também, permite uma reflexão da perda sofrida pelos pais. O estabelecimento de uma relação empática entre pais e profissionais de saúde é essencial já que permite a vocalização de sentimentos e a procura pelo apoio emocional que necessitam. A partilha de informações importantes, a continuidade de cuidados e a participação ativa nos cuidados e toma de decisão são, também, estratégias identificadas como facilitadoras do processo de luto (Hayes, Richards, Crowe, Campbell, Embleton & Rankin, 2015).

Após a alta, as preocupações e problemas detetados pelos pais aumentam e é importante a preparação para alta e a identificação da rede de suporte à família. Preocupações como: a sobrecarga de trabalho, a repetição de rotinas familiares, a privação de sono e sono repartido, a responsabilidade acrescida dos pais e o acréscimo das necessidades financeiras familiares são priorizadas pelos pais em condição de gemelaridade. A perda de tempo livre/lazer, alterações na vida conjugal, alteração da imagem corporal, preocupações com a amamentação e alimentação dos recém-nascidos e a impossibilidade de dar a mesma atenção a ambos os bebés acrescem à sobrecarga parental, podendo conduzir a exaustão, depressão, ansiedade, sentimentos de culpa e frustração que, em último caso, podem levar ao *burnout* (Khalil, Lewi & Lopriore, 2021; Kehoe, Dempster, McManus & Lewis, 2016; Wenzel, Battle & Tezanos, 2015; Andrade, Martins, Ângelo, Santos & Martini, 2014; Andrade, Martins & Ângelo, 2014; Wenzel, Battle & Tezanos, 2014; Nurse & Kenner, 2011).

Sabemos que os pais de RN gémeos/múltiplos são um grupo de risco para o sofrimento parental, depressão e exaustão pelo stress e acréscimo de tarefas e sobrecarga de trabalho. É necessário promover a consciência dos profissionais de saúde e o desenvolvimento de intervenções que apoiem a família e diminuam a vulnerabilidade parental, reduzindo o seu sofrimento. Intervenções como aconselhamento pré e pós-parto e o desenvolvimento de grupos de apoio que permitam a partilha de experiências semelhantes, promovendo o

bem-estar emocional (Kehoe, Dempster, McManus & Lewis, 2016; Andrade, Martins, Ângelo & Martinho, 2014).

Os cuidados de Enfermagem devem ser dirigidos e focados a partir do momento em que é diagnosticada uma gravidez gemelar/múltipla, acompanhando o casal ao longo do percurso da gravidez até ao pós-parto, centrando os cuidados no suporte conjugal e na adaptação do casal. A educação e entrega de informação escrita sobre os aspetos únicos da gravidez múltipla/gemelar e, conseqüentemente, a parentalidade neste contexto são importantes na preparação da família para os novos papéis associados e na preparação para o pós-parto (Andrade, Martins, Ângelo & Martinho, 2014).

Por ser um fenómeno único e específico, torna-se essencial desenvolver intervenções e competências de apoio e promoção da parentalidade nos pais, bem como na prevenção do *burnout* e depressão associados à parentalidade de gémeos. É importante ajudar as mães, sobretudo, a ultrapassar as incertezas quanto às suas capacidades, encorajando e orientando-as na forma como alimentar, cuidar e relacionar-se com os seus bebés. Estratégias como a promoção do vínculo mãe-pai-bebés, avaliação da relação estabelecida entre os diferentes elementos da família, avaliar a rede de suporte familiar e ativar a mesma, recorrer a grupos de apoio e troca de experiência entre pais de gémeos, ser facilitador no processo de transição para a parentalidade e identificar as dificuldades sentidas, estabelecendo um plano de cuidados individualizado mostram-se essenciais na transição para parentalidade na condição de gemelaridade e na redução do *stress* associado. Cuidados de Enfermagem no puerpério no domicílio ajudam a aumentar a segurança e confiança da mãe nos seus cuidados, permitindo uma adaptação mais eficaz (Veiga, Bertão & Alarcão, 2019; Kehoe, Dempster, McManus & Lewis, 2016; Hayes, Richards, Crowe, Campbell, Embleton & Rankin, 2015; Andrade, Martins, Ângelo & Martinho, 2014; Martins, Ângelo, Martinho & Andrade, 2014). De forma a evitar o isolamento social e o desenvolvimento de depressão pós-parto, os enfermeiros podem incentivar a mãe a cuidar de si e recorrer à rede de apoio previamente reconhecida e estabelecida. O encorajamento do envolvimento do pai durante o internamento dos bebés na UCIN favorece o desenvolvimento da parentalidade (Nurse & Kenner, 2011).

A amamentação é um foco de *stress* e ansiedade em especial nas mães de gémeos e pode ser entendida como algo conveniente e fácil ou, por outro lado, ser uma situação geradora de *stress* e visto como uma perda de tempo e, cabe aos enfermeiros, prestar o apoio necessário. Por este motivo, é um assunto que deve ser abordado no período pré-parto

para esclarecimento de dúvidas, desmistificar mitos e promover, posteriormente, o vínculo entre a mãe e bebês. É essencial apoiar na decisão da mãe, seja de amamentar ou não, e ao longo de todo o processo incluindo a extração do leite materno (Khalil, Lewi & Lopriore, 2021; Nurse & Kenner, 2011).

Os pais e as crianças possuem necessidades únicas e específicas que ainda não são compreendidas na totalidade pelo que é necessário promover mais investigação e o desenvolvimento de estudos que tenham por base a capacitação dos pais, o desenvolvimento de estratégias facilitadoras das famílias nos diversos contextos socioculturais e a prevenção de potenciais problemas. A saúde mental dos pais de gémeos não é amplamente estudada, apesar de estarem documentadas piores depressões, ansiedade e *stress* parental quando comparados com pais de criança única (Wenze, Battle & Tezanos, 2015; Andrade, Martins, Ângelo & Martinho, 2014). Apesar da falta de estudos, é possível depreender que uma equipa multidisciplinar treinada e preparada para prestar cuidados específicos nesta situação, é capaz de promover cuidados de saúde de qualidade, identificar as necessidades de cada família e seu sistema de suporte, educando e apoiando os pais, melhorando os *outcomes* e os resultados de saúde dos elementos da família. O enfermeiro, em específico, atua como facilitador no processo de transição, fornecendo as informações necessárias para o desenvolvimento de estratégias de *coping* e potenciando uma transição saudável (Andrade, Martins & Ângelo, 2012; Nurse & Kenner, 2011).

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O desenvolvimento profissional para aquisição de competências especializadas entende a realização de formação em diferentes contextos de estágio, para que seja possível conciliar os conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente com a diversidade de situações experienciadas nos diferentes locais de estágio.

Os estágios são momentos considerados essenciais para a aprendizagem, já que permitem a articulação dos conhecimentos, competências e atitudes e, em simultâneo, estimulam o desenvolvimento de raciocínio crítico e a tomada de decisão essenciais para o desempenho das intervenções de enfermagem de forma autónoma e eficaz (Esteves et al., 2018).

O enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) centra as suas atividades e intervenções nas respostas às necessidades do binómio criança-família. Por este motivo, e pelo binómio ser o foco principal da sua intervenção, é importante que tenha em conta valores indispensáveis quando lida com a família no contexto de vulnerabilidade perante a hospitalização e doença, nomeadamente: reconhecer a vulnerabilidade do binómio e a sua individualidade; valorização dos pais/cuidadores que são os principais cuidadores da criança; promoção da manutenção e melhoria da saúde; maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento; preservação, em todas as circunstâncias, da segurança e bem-estar de todos os envolvidos (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O EESIP trabalha, em parceria, com o binómio, em todos os contextos em que se encontrem, sejam eles o meio hospitalar, comunitário, cuidados continuados, centros de saúde, escola e no próprio domicílio. O seu objetivo principal é sempre a promoção do mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados à criança na condição de saúde ou doença e, em simultâneo, proporcionando potenciais oportunidades de educação para a saúde. Para além disto, o EESIP também deverá ser capaz de identificar e mobilizar os recursos de suporte à criança e família (Regulamento nº 422/2018, 2018). O espaço de intervenção do EESIP centra-se num período específico do ciclo da vida da criança e família, compreendendo o período temporal desde o nascimento até aos 18 anos de idade podendo, em casos especiais (doença crónica ou incapacidade e deficiência), se prolongar até aos 21 ou 25 anos, de

forma a permitir uma transição para a vida adulta apropriada (Regulamento nº 422/2018, 2018).

2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

O primeiro contexto de estágio ocorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) num hospital da área metropolitana de Lisboa, incluído num dos vários Centros Hospitalares de Lisboa (CHL). O serviço encontra-se dividido em duas unidades de prestação de cuidados: uma UCIN com capacidade para 6 utentes nível III – intensivos, cada unidade com o seu posto de ventilação e material necessários; e Unidade de Cuidados Intermédios com capacidade para 8 utentes nível II – intermédios. A população-alvo da UCIN engloba os RN com idades entre os 0 e 28 dias de vida provenientes das urgências de obstetria e pediátrica, internamento e berçário do hospital, bem como os RN gravemente doentes e/ou prematuros de muito baixo peso, transferidos de outros hospitais.

A prestação de cuidados altamente específicos a estes RN e suas famílias é o foco da equipa multidisciplinar deste serviço, que conta com o apoio permanente de profissionais especialistas de várias áreas médicas, incluindo: cardiologia; cirurgia; genética; oftalmologia; neurologia; ortopedia; otorrinolaringologia e todas as especialidades necessárias. Conta, ainda, com os apoios dos serviços de apoio social, dietética e fisioterapia. Para além disto, é ainda possível realizar diversos exames de diagnóstico aos bebés internados como ecografia cerebral transfontanelar com fluxometria *doppler*, ecografia do canal medular, rastreio auditivo neonatal universal, rastreio da retinopatia da prematuridade, potenciais evocados auditivos automáticos do tronco cerebral, determinação do pH e gases, ionograma, lactato, bilirrubina, hemoglobina e cálcio, electroencefalografia e raio-x intransportável.

2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O segundo contexto de estágio consistiu num Serviço de Urgência Pediátrica (SUPed) de um hospital da área metropolitana de Lisboa. Segundo Caldeira et al (2006), o serviço de urgência deste hospital é classificado como polivalente por possuir serviços de urgência diferenciados de resposta a situações de Urgência e Emergência, proporcionando cuidados de proximidade à população na sua área de incidência direta. Para além das inúmeras especialidades e serviços médicos ao seu dispor, este serviço também conta com viatura médica de emergência e reanimação (VMER) integrada que assegura a atividade pré-hospitalar e participa na prestação de cuidados aos doentes críticos no serviço de Urgência. A Urgência possui, ainda, um centro de formação acreditado pelo instituto nacional de emergência médica (INEM), fornecendo formação nas matérias de urgência/emergência.

O SUPed atende a população infantojuvenil da área de incidência direta, indireta e todas as crianças e jovens referenciados de hospitais de diferentes zonas do país, assim como as suas famílias/cuidadores, compreendendo todos os utentes com idades entre os 0 e os 18 anos menos um dia. É constituído por um balcão de atendimento onde se procede à inscrição dos utentes; uma sala de triagem com utilização da Triagem de Manchester para avaliação inicial das crianças/jovens; gabinetes de observação médica; sala de pequena cirurgia para observação pela cirurgia pediátrica ou procedimentos sob sedo-analgesia (como suturas, redução de fraturas e remoção de corpos estranhos); sala de tratamentos e uma sala de procedimentos respiratórios. Ainda possui um Serviço de Observação com camas e berços para internamentos de curta duração (até 24h) de crianças/jovens que precisam de vigilância hospitalar e, esporadicamente, recobros cirúrgicos ou de técnicas executadas que necessitem de vigilância.

2.3. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

O último contexto de estágio foi um Serviço de Internamento de Pediatria de um hospital da área metropolitana de Lisboa e é um serviço moderno, bem equipado e que se distingue

pela inovação, qualidade dos cuidados e humanização do atendimento. Presta assistência a todos os RN nascidos no hospital, crianças e adolescentes residentes na sua área de implementação ou referenciados pelos restantes hospitais e serviços médicos do país. As crianças e adolescentes acolhidos no serviço são provenientes dos serviços de Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos, UCIN e Consulta Externa, assim como por referenciação ou transferência de outras unidades hospitalares.

O serviço encontra-se equipado para receber crianças e jovens de diferentes faixas etárias e suas famílias, incluindo uma sala com cacifos para utilização dos pais e uma casa-de-banho com duche onde podem cuidar da sua higiene durante o internamento. Para além disto, o serviço conta com uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, educadora de infância e dietista que, em conjunto, trabalham para responder às necessidades individuais de cada criança/jovem e sua família. Dispõe, ainda, de salas de atividades adequadas a diferentes faixas etárias e com o acompanhamento da educadora de infância, de forma a proporcionar momentos lúdicos durante o internamento.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

O enfermeiro acompanha o indivíduo ao longo do ciclo de vida, desde o momento de nascimento até ao momento da morte, cuidando do indivíduo e das suas famílias, em diferentes contextos. Por este motivo, é necessária atualização de conhecimentos e a melhoria constante dos cuidados com a aquisição de competências gerais e específicas que permitam um melhor acompanhamento das pessoas a nosso cuidado (Oliveira et al., 2015).

O conceito de competência na enfermagem é ainda tema de discussão, não existindo uma definição aceite pela comunidade científica. Benner (1984) citada por Oliveira et al. (2015) definiu competência como a capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, nas diferentes situações.

Oliveira et al. (2015) define competência profissional dos enfermeiros como “os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores. É entendida como um elemento-chave na qualidade na segurança.” (p.144). Os autores vão ainda mais longe, concluindo que, pela escassez de meios humanos, a necessidade de cuidados de enfermagem de crescente qualidade e garantir a segurança dos utentes, a procura pela aquisição de graus superiores de competência tem aumentado na enfermagem. A comunidade científica acorda, no entanto, na necessidade de avaliação da aquisição e desenvolvimento de competências profissionais ao longo do tempo (Oliveira et al., 2015).

No que diz respeito à definição de enfermeiro especialista, a OE (2019) define como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744). Independentemente da área de especialidade, os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de domínios de competências designadas de comuns, nomeadamente; responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

A OE também define o domínio de competência no Regulamento nº. 140/2019 como todas as ações que abrangem um conjunto de competências que, no caso do enfermeiro

especialista, são divididas em competências comuns e específicas. É pressuposto, desta forma, que todos os enfermeiros especialistas partilhem um conjunto de competências comuns que são aplicáveis aos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde. De igual forma, são necessárias o desenvolvimento de competências específicas para que o enfermeiro especialista demonstre um elevado nível de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas a seu cuidado (OE, 2019).

O presente relatório permitiu a análise crítica e reflexiva do meu desempenho ao longo do estágio, de forma a permitir o desenvolvimento das competências fundamentais à minha futura prática enquanto EESIP. Também permitiu a análise de todas as atividades e intervenções elaboradas ao longo do estágio, refletindo e permitindo a avaliação das mesmas e contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados futuramente.

De forma a organizar as competências adquiridas, os objetivos definidos e atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, dividi este capítulo de acordo com os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista no regulamento n.º 140/2019 da OE. Em simultânea, refletirei sobre a minha prática nos diversos contextos de estágios tendo por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis, desenvolvida em 1975 e aplicável nos momentos de maior vulnerabilidade ao longo do ciclo da vida, desde o nascimento e a transição para a parentalidade até à morte.

A Teoria das Transições é uma teoria de médio alcance que estuda as diferentes transições pelas quais a pessoa e família passam e influência que estas têm na sua saúde. O enfermeiro, ao identificar a transição e o seu impacto, pode proporcionar um cuidado eficaz que apoia o indivíduo e família nestes períodos de maior vulnerabilidade contribuindo, desta forma, para uma transição saudável, com ganhos para a saúde e o desenvolvimento e aquisição de novas competências das pessoas envolvidas no processo (Guimarães & Silva, 2016; Alligood & Tomey, 2014; Meleis, 2010).

Meleis define transição como a passagem entre dois períodos estáveis que conduzem o indivíduo a movimentar-se através de diferentes fases dinâmicas e pontos de mudança. Os percursos ocorrem no decorrer do tempo e obedecem a um sentido de movimento e fluxo que é guiado por alterações que desencadeiam, temporariamente, períodos de desequilíbrio, incerteza, conflitos interpessoais e perturbações na vida do indivíduo. Estas transições, de acordo com Meleis, são acompanhadas de mudanças no estado de saúde, nos papéis estabelecidos e nas expectativas. De um modo geral, podemos aferir as

seguintes características presentes no período de transição: desconexão com a rede social e sistemas de apoio social; perda temporária de objetos relevantes ou familiares; novas necessidades que possam surgir e antigas expectativas que não estão relacionados a situações de mudança no presente. Para que transição tenha um resultado positivo, é imprescindível que o indivíduo acomode e aprenda novos conhecimentos, altere comportamentos, defina o seu novo contexto social e quais as necessidades internas e externas que condicionam o seu estado de saúde (Guimarães & Silva, 2016; Alligood & Tomey, 2014; Meleis, 2010).

A autora define diferentes tipos de transições, dividindo-as em quatro categorias diferentes: transição desenvolvimental que entende todas as transições relacionadas com os diferentes estádios de desenvolvimento do indivíduo ao longo do ciclo de vida e a mudança nos papéis associados a cada estágio, envolvendo as etapas do ciclo de vida como o nascimento, adolescência, parentalidade, menopausa, envelhecimento e morte; transição saúde-doença que diz respeito à passagem de um indivíduo saudável para um indivíduo que vivencia o processo de doença, compreendendo o diagnóstico da doença aguda/crônica, hospitalização, processo de recuperação e alta clínica; transição situacional que compreende a adição e/ou subtração de pessoas no meio familiar conduzindo, inevitavelmente, à organização de papéis nos restantes membros; e, por fim, transição organizacional que inclui todas as alterações ambientais que afetam o indivíduo e toda a comunidade que o rodeia (Guimarães & Silva, 2016; Alligood & Tomey, 2014; Meleis, 2010).

Posteriormente, Meleis refere o padrão da transição, justificando que esta pode ocorrer com diferentes graus de complexidade e simultaneamente com outras transições, sendo impossível distinguir e entender quais as transições a ocorrer sendo, por isso, importante tentar decodificar as alterações em curso no indivíduo a nosso cuidado, propiciando o cuidado necessário e promovendo transições positivas (Guimarães & Silva, 2016; Alligood & Tomey, 2014; Meleis, 2010).

São, ainda, identificadas cinco propriedades no processo de transição: consciência, ou seja, a percepção e conhecimento de que a transição está a ocorrer, podendo apresentar diferentes níveis e, em último caso, conduzir a diferentes níveis de congruência entre o que é conhecido sobre o processo e as respostas desencadeadas naquele indivíduo quando compara com outras experiências de transição (comparação entre o expectável e a realidade); compromisso, referente à iniciativa e empenho da pessoa ao longo do processo

de transição e que pode ser influenciado pela consciência referida anteriormente; mudança e diferença inclui todas as alterações que a pessoa sofre ao longo da transição, a nível físico, papel, identidade, relacionamentos, sempre no sentido de movimento e fluxo para determinado caminho; intervalo de tempo, visto que transição marca o final e o começo de uma nova fase da vida do indivíduo, fluindo com a passagem do tempo; e os pontos e eventos críticos, marcos que intensificam a consciência das mudanças que estão prestes a acontecer ou, por outro lado, amplificam situações que podem pôr em causa o equilíbrio do indivíduo despoletando, assim, a transição (Guimarães & Silva, 2016; Alligood & Tomey, 2014; Meleis, 2010).

Para além disto, são detetadas condições de transição, isto é, circunstâncias que influenciam a forma como o indivíduo se movimenta ao longo da transição e podem facilitar ou dificultar a capacidade de atingir uma transição saudável. Podem ser de origem pessoal que inclui as crenças, valores, atitudes, estado económico, preparação e conhecimento da transição e que podem influenciar a forma como esta é vivenciada; origem comunitária ou da sociedade, referindo-se aos recursos comunitários e valores da comunidade que o indivíduo integra e a forma como estes influenciam os momentos de transição (Guimarães & Silva, 2016; Alligood & Tomey, 2014; Meleis, 2010).

Por último, Meleis define indicadores de processo e *outcomes*. Os indicadores de processo direcionam o indivíduo para o estado de saúde ou de vulnerabilidade tornando-se importante uma avaliação inicial por parte do enfermeiro e intervenção de forma a encaminhar a pessoa no sentido de uma transição saudável. Os *outcomes* são utilizados para avaliar se a transição será ou não saudável, podendo estar associados a eventos pouco significativos na vida da pessoa, se a avaliação for feita numa fase inicial. Através da interação, comunicação e interpretação dos significados associados à transição, é possível fazer uma avaliação exata e definir quão saudável a transição será (Guimarães & Silva, 2016; Alligood & Tomey, 2014; Meleis, 2010).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, esta teoria serviu como fio condutor da minha prática, na medida em que permite orientar os cuidados e intervenções de forma a dar resposta às transições em curso, permitindo que esta ocorra de forma saudável, gerando ganhos de saúde. A parentalidade, a morte e o processo saúde-doença foram as transições mais predominantes ao longo do estágio.

3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A promoção de uma prática profissional ética e legal, com respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais tornam possível a oferta de cuidados de enfermagem de qualidade, culturalmente sensíveis e que respondam às reais necessidades do utente (OE, 2019). De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista deverá demonstrar competências: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” e “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”(p.4746).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2015), Artigo 78.º - Princípios Gerais, as intervenções de enfermagem são realizadas tendo como preocupação a defesa da liberdade e dignidade do utente e enfermeiro enquanto pessoas humanas, detentoras de valores universais que devem ser mantidos. A liberdade de escolha não é, no entanto, absoluta, sendo limitada pelo que é cientificamente comprovado. Por outro lado, a liberdade do utente é também limitada pela nossa liberdade enquanto enfermeiros e, por esse motivo, é essencial que a vontade do utente e seus valores sejam respeitados.

Estes valores, numa perspetiva da relação profissional, entendem: a igualdade, não discriminar ninguém em função das suas condições, correndo o risco de perda de identidade no seu incumprimento, podendo ser equiparável ao conceito de justiça mas nunca ao de equidade (dar a cada um o que é devido); a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, ou seja, a liberdade com responsabilidade e escolha consciente, tanto por parte do enfermeiro como do utente; a verdade e a justiça, fornecendo as informações que o utente está preparada para receber e perceber, compreendendo os seus limites e avaliando a sua capacidade de compreensão; o altruísmo e a solidariedade, agindo em prol do outro e só pelo outro e, em simultâneo, agir em prol do outro e para si mesmo; a competência e o aperfeiçoamento profissional, tão importante na busca de cuidados de enfermagem cientificamente atuais e de qualidade (CDE, 2015).

Em todos os contextos de estágio, a prática profissional ética e legal foi sempre integrada em todos os objetivos e atividades realizadas, nomeadamente nos objetivos “Promoção da tomada de decisão parental nos cuidados”, “Promoção e proteção dos direitos humanos na prestação de cuidados” e “Execução de cuidados ética e culturalmente sensíveis”. As atividades desenvolvidas prendem-se com a transmissão de informação de acordo com as capacidades, estágio de desenvolvimento, faixa etária e culturalmente sensíveis durante a prestação de cuidados, explicando todos os procedimentos a serem executados e solicitando a colaboração e autorização para a sua execução, bem como a estimulação, por parte dos pais, na colaboração nos cuidados às suas crianças, contribuindo para a promoção da parentalidade num momento de vulnerabilidade como a hospitalização e doença de um filho. O esclarecimento de dúvidas, a supervisão de cuidados executados pelos pais e a tomada de decisão relativos aos cuidados e forma de prestação dos mesmos, com a negociação, sempre que possível, dos mesmos, também contribuíram para a concretização e aquisição de competências específicas de EESIP, consagradas no Regulamento n.º 422/2018. A primeira competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, unidade de competência E.1.1. “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” e respetivos critérios de avaliação que apontam para a promoção da autonomia da criança/jovem, pais/cuidadores, promoção da aquisição de conhecimentos e competências para a gestão de processos de doença, manutenção e potenciação da saúde, funcionando como parceiro nos cuidados, tendo sempre em conta as suas capacidades, estágio de desenvolvimento e contexto cultural em que se insere.

No mesmo documento, a terceira competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, as questões da tomada de decisão responsável e negociação dos cuidados e prestação dos mesmos também se encontra contemplada, sobretudo na promoção da parentalidade e vinculação e na tomada de decisão responsável por parte do adolescente.

3.1.1. Nos Contextos de Estágio

No que diz respeito a estas competências e objetivos, estes foram concretizados nos diferentes locais de estágio. Na UCIN, foi possível, após estabelecimento da relação terapêutica com os pais, promover a parceria nos cuidados ao RN, negociar e entender o nível de conforto para determinados cuidados, apoiar e aceitar a tomada de decisão responsável e informada, respeitando, em todas as circunstâncias, os seus direitos e valores fundamentais. Também neste contexto, foi possível apoiar a família na tomada de decisão numa situação de final de vida, respeitando os valores e cultura e permitindo a execução de cuidados culturalmente sensíveis e adequados.

No caso dos serviços de SUPed e Internamento de Pediatria, o respeito pela privacidade, tomada de decisão e negociação do plano de cuidados esteve sempre presente, promovendo, em todas as oportunidades e quando apropriado, a maior autonomia da família num contexto de especial vulnerabilidade como o processo de doença e hospitalização.

A tomada de decisão, organização dos cuidados e planeamento das atividades teve sempre em conta os princípios éticos acima referidos, participando, de forma ativa, na discussão do planeamento e negociação dos cuidados segundo os princípios deontológicos que regem a nossa profissão e, sempre, tendo em conta a privacidade das pessoas a nosso cuidado. Penso que, ao considerar o utente como parceiro nos cuidados, é essencial para uma prática profissional ética e legalmente correta, já que a nossa vontade e liberdade não se sobrepõe à do outro e o objetivo dos nossos cuidados tem sempre em conta os ganhos para o utente, sendo fundamental contar com a sua colaboração em todos os momentos.

3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No que diz respeito à qualidade dos cuidados prestados, é competência do enfermeiro especialista zelar por esta e contribuir para o desenvolvimento de atividades e projetos

institucionais que contribuem para a melhoria dos cuidados prestados e a avaliação da eficácia dos mesmos (OE, 2019). As competências presentes neste domínio são descritas como “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.”, “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” e “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (pp.4747 e 4748, OE, 2019).

A Ordem dos Enfermeiros definiu, em 2001, padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de forma a manter e estimular a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Neste sentido, a qualidade em saúde, segundo a OE, é tarefa multiprofissional e deve ser aplicado localmente e deverá ser um esforço conjunto de toda a equipa multidisciplinar para garantir que os padrões definidos são cumpridos. É função da OE zelar pelo cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, no entanto estes são definidos de acordo com cada instituição, sempre com o objetivo comum de prestar cuidados de qualidade e promover ganhos de saúde aos utentes (OE, 2001).

O EESIP tem como responsabilidades o diagnóstico precoce de situações de risco para a vida da criança e jovem e intervir nas doenças comuns que a afetam, de forma a garantir a qualidade de vida da mesma e implementar um plano de cuidados, em parceria com o utente, que seja promotor da parentalidade, capacidade de gestão de regime terapêutico e reinserção social, sempre que necessário (OE, 2018). Neste sentido, é de especial importância a manutenção de cuidados específicos e de qualidade que deem resposta às necessidades de cada criança/jovem e sua família.

A OMS criou um guia curricular de segurança do paciente em 2011, traduzido para português em 2016, que apresenta estratégias a serem aplicadas para garantir a manutenção da segurança do utente e o desenvolvimento de competências profissionais que permitam esta gestão. Assim, a segurança do utente passa pela redução dos danos e sofrimento dos utentes e famílias e, em simultâneo, demonstrar os benefícios económicos da melhoria da segurança dos utentes, em especial, para as instituições hospitalares. Apesar de todos os cuidados e políticas de segurança implementadas, existem sempre eventos adversos difíceis de impedir e que ocorrem sem intencionalidade.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde) foi desenvolvido com o objetivo de “apoiar os gestores e clínicos

do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria de segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.”. Mais ainda, o plano garante e reforça o acesso, aos utentes e suas famílias, a cuidados de saúde de qualidade, ao longo do tempo e em todos os níveis da prestação dos mesmos. Este é considerado um direito legítimo e essencial e os cuidados prestados devem basear-se na segurança, efetividade, eficiência, equidade, adequação e otimização às necessidades e expectativas dos utentes, sempre dentro das possibilidades.

Assim, de forma a desenvolver competências específicas de EESIP, tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados especializados, o estabelecimento de um ambiente terapêutico e seguro, e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, defini diferentes objetivos que permitissem desenvolver estas competências. Os objetivos e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos encontram-se explicados e com devida reflexão em seguida.

O primeiro objetivo definido foi intervir nas situações que requeiram cuidados especializados na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, à criança/jovem e família/cuidadores no processo de doença e/ou hospitalização. Nos diferentes contextos de estágio em que tive oportunidade de desenvolver a minha prática, estive sempre em contacto com crianças/jovens e suas famílias/cuidadores em ambiente hospitalar e durante o processo de doença conduzindo, ou não, à sua hospitalização. Neste sentido, e pelas múltiplas e únicas situações vivenciadas, foi possível desenvolver um conjunto vasto de atividades de forma a enriquecer as minhas competências profissionais e, em simultâneo, a aquisição de competências específicas na área de especialidade.

O EESIP é capaz de mobilizar conhecimentos específicos e diferentes técnicas que permitam a prestação de cuidados de alta especificidade, culturalmente sensíveis e tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança/jovem a seu cargo. Mais ainda, deverá ser detentor de conhecimentos teóricos atualizados e apropriados que permitam respostas nas situações de complexidade que advêm, respondendo a situações de potencial risco de vida para a criança e prevenindo-as sempre que possível e, de igual forma, avaliar as necessidades da família, apoiando no processo de adaptação às mudanças durante o processo de doença e possíveis mudanças na dinâmica familiar (OE, 2018).

Apesar de não ter experiência profissional na área da saúde infantil e pediátrica, os meus anteriores contextos profissionais prepararam-me para agir de forma rápida a situações inesperadas e de potencial risco de vida, com diferentes patologias e situações clínicas e uma vasta quantidade de cuidados específicos a serem prestados. No entanto, no último local de trabalho, numa unidade de puerpério, tive oportunidade de me familiarizar com a faixa etária de RN e lidei com situações complicadas que exigiram a mobilização de conhecimentos específicos e que, de certa forma, contribuíram para o meu à-vontade na UCIN e nos cuidados às famílias de RN que foram surgindo nos restantes locais de estágio.

O conceito de família tem-se modificado ao longo do tempo e não existe uma definição aceite na globalidade pelos especialistas. No entanto, podemos afirmar que a família, enquanto sistema, se modifica ao longo do ciclo de vida, adaptando-se e modificando consoante os novos papéis e funções dentro do sistema. Segundo Figueiredo (2009), a família é uma estrutura constituída com um todo organizado que, ao longo do tempo, sofre alterações importantes e tem um impacto emocional importante na hospitalização de um membro da mesma. É caracterizada, desta forma, como uma unidade caracterizada, sobretudo, pelas relações estabelecidas entre os diferentes elementos, numa determinada organização, estrutura e funcionalidade específicas. É fundamental o seu envolvimento na hospitalização e processo de doença, permitindo que, até um determinado ponto, a família se reorganize e encontre estratégias para manter o equilíbrio entre os diferentes elementos, reorganizando-se e adaptando às alterações.

A especificidade da faixa etária neonatal, apesar da sua familiaridade pela minha experiência profissional enquanto enfermeira no Serviço de Obstetrícia, exigiu uma nova adaptação e extensa pesquisa bibliográfica para o desenvolvimento de competências específicas na área de especialidade. Por ser um ambiente específico e exigente, com a necessidade da prestação de cuidados de alta complexidade, é essencial que o plano de cuidados seja delineado de forma cuidadosa, visando a eficácia dos cuidados, uma menor manipulação dos RNs, a resposta rápida e atempada a alterações da sua condição e situações potenciais de risco de vida. A UCIN é considerada, pela maioria das famílias, com um ambiente hostil, despersonalizado, pouco familiar e intimidante, repleto de instrumentos e tecnologia específica que assusta os pais, aquando no primeiro contacto. Mais ainda, o choque de visitar o RN na unidade e vislumbrar todos os instrumentos ligados que mantém a sua criança viva é uma experiência assustadora e desconhecida.

Fora o aspeto da unidade e do RN, a vinculação e a experiência da parentalidade fica comprometida, já que os pais se veem afastados, fisicamente, do seu RN, não podendo desenvolver as atividades e os cuidados que tinham idealizado para o futuro, com restrições que nunca teriam considerado no passado (Obeidat et al., 2009; Howard et al., 2020). Por este motivo, é essencial envolver os pais nos cuidados aos seus bebés, ajustando e negociando o plano de cuidados para responder às necessidades, não só do bebé, mas da sua família.

O internamento do RN na UCIN tem efeitos negativos na saúde mental dos pais, nomeadamente pelos sentimentos de culpabilização pelo nascimento do RN, a ansiedade pela incerteza do futuro e a depressão pelo afastamento precoce e possível sofrimento do bebé. Por esse motivo, estudos comprovam que os pais de bebés internados na UCIN têm maior probabilidade de desenvolver *stress* pós-traumático, distúrbios de ansiedade e depressão. Por outro lado, alguns pais desenvolvem resiliência e mostram capacidade para a adaptação perante a adversidade e o trauma sendo capazes, desta forma, de ter uma participação mais ativa nos cuidados à sua criança, promovendo a vinculação e atenuando os sentimentos negativos acima referidos, estimulando o desenvolvimento da parentalidade (Obeidat et al., 2009; Howard et al., 2020).

Outro fator a ter em conta na unidade são as crenças dos pais, nomeadamente o que significa ser um bom pai/mãe no contexto de um filho gravemente doente. É nossa função ajudar os pais a ajustar as expectativas e incentivar a participação ativa nos cuidados, já que tem efeitos benéficos na sua confiança e na forma como lidam com a condição do(s) seu(s) bebé(s) (Obeidat et al., 2009; Nurse & Kenner, 2011; Howard et al., 2020).

Neste contexto e, tendo em conta o objetivo acima referido, tive oportunidade de realizar diversas atividades nomeadamente: assistir o RN prematuro, gravemente doente ou de muito baixo peso; colaborar na prestação de cuidados ao RN; e esclarecimento de dúvidas parentais relativas ao cuidado do RN. O RN pode ser definido de duas maneiras: em função da sua idade gestacional, considerando-se pré-termo todos os RNs com idade gestacional inferior às 37 semanas completas; e em função do peso ao nascer, considerando-se extremo baixo peso os RN com peso à nascença igual ou inferior a 1000g, muito baixo peso igual ou inferior a 1500g, baixo peso igual ou superior a 2500g e macrossómico com peso igual ou superior a 4000g.

Durante a minha permanência no serviço, tive a oportunidade de, na maioria dos turnos, participar, de forma ativa, na prestação de cuidados de enfermagem a esta população tão

específica e em situações de especial complexidade, participando em intervenções de enfermagem como: aspiração de secreções; entubação naso/orogástrica; punções capilares para avaliação de glicémia e gases capilares; punção venosa de cateter venoso periférico, manutenção e otimização do mesmo; cuidados relacionados com ventilação invasiva e não invasiva; posicionamentos; cuidados de higiene entre outras. Estas atividades permitiram desenvolver as competências: “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.”, “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” e “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.” (pp.19193 e 19194, OE, 2018).

No que diz respeito à gestão da dor, uma das atividades executadas consistiu na consulta do Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança (OE, 2013) e na aplicação de algumas estratégias não farmacológicas, associadas a fármacos, na UCIN. Como sabemos, a dor é considerada como o 5º sinal vital e é essencial o diagnóstico da presença e intensidade da mesma, de forma a avaliar, intervir no alívio da dor e registar as estratégias utilizadas. A dor é, nada mais nada menos, uma experiência subjetiva já que cada pessoa vivência e classifica a dor de forma diferente e, por esse motivo, é fundamental uma intervenção individualizada e para além da administração de analgésicos (OE, 2013).

A dor na criança manifesta-se de diversas formas, variando consoante a faixa etária e estágio de desenvolvimento de cada uma. Associadas à experiência de dor surgem sentimentos como o medo e a ansiedade que dificultam a avaliação da dor e a intervenção do enfermeiro. Torna-se importante o papel dos pais para uma avaliação correta do estado emocional da criança/jovem para promover uma intervenção adequada às suas necessidades. É fundamental reconhecer a individualidade de cada criança/jovem, a perceção da dor, as suas manifestações e as respostas às intervenções, permitindo um cuidado mais diferenciado e apoiando a criança a lidar com a dor, encorajando a verbalização e promovendo o autocontrolo (OE, 2013).

As medidas não farmacológicas são entendidas com intervenções de carácter psicológico, eficazes no controlo de dor ligeira, durante procedimentos dolorosos ou em complementaridade com analgésicos. Estas estratégias são promotoras de autonomia da criança/jovem e família, já que permitem a intervenção dos pais e os torna parte

fundamental no controlo da dor, assim como a própria criança pode executar as estratégias autonomamente, diminuindo a ansiedade e medo associados à experiência dolorosa (OE, 2013).

A OE (2013), citando Batalha (2010); Chen et al. (2000) e McCaffery & Beebe (1994), classifica as estratégias não farmacológicas em seis grupos distintos: comportamentais, envolvendo o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor, como o relaxamento; cognitivas, recorrendo a métodos mentais para lidar com a experiência de dor, como fornecer informações prévias; cognitivo-comportamentais, com o recurso a estratégias de associação, focando-se no pensamento e comportamento, modificando a perceção de dor e melhorando a capacidade de enfrentamento, como a imaginação guiada e a distração; físicas, diminuindo a intensidade do estímulo doloroso, a reação inflamatória e a tensão muscular associadas, como a aplicação de frio, o toque e a massagem; suporte emocional, que pressupõe a presença de uma pessoa significativa e que proporciona uma sensação de conforto, neste caso os pais/cuidadores; e, por último, estratégias ambientais, com a modificação de condições ambientais, como a redução do ruído, luz e temperatura.

A presença dos pais é, não só importante para a planificação do plano de cuidados, mas tem um papel importante no conforto e gestão de *stress* da criança aquando do procedimento doloroso agindo, também, como parceiros na gestão da dor com estratégias não farmacológicas (OE, 2013).

A DGS publicou, em 2012, uma orientação relativa às técnicas utilizadas para controlo da dor nos RN (orientação nº. 024/2012). Nesta orientação, é definido que o controlo da dor nos RN inclui toda a dor aguda provocada por procedimentos invasivos (com envolvimento de agulhas, introdução de sondas ou que possam provocar lesão real ou potencial de tecidos), dor persistente ou prolongada associada a doença ou tratamentos médicos (cirurgia, ventilação mecânica, hipotermia induzida) e dor pós-operatória.

A gestão de estímulos ambientais e a utilização de medidas de conforto para redução do *stress* do RN são reconhecidas como medidas eficazes no controlo da dor, nomeadamente: redução das luzes e ruído ambiental; agrupar e planear os cuidados de forma a preservar e promover períodos de sono e repouso prolongados e respeitando os ciclos de sono-vigília; promover um posicionamento adequado e confortável para o RN, mobilizando-o regularmente; recorrer a contenção física com “ninhos” e rolos de

posicionamento, promovendo a organização comportamental face a estímulos nefastos; manipular o mínimo possível, em especial nos RN gravemente doentes ou em risco de instabilidade orgânica; executar massagens suaves; promover o contacto físico, sempre que possível, com os pais, encorajando as carícias, colo (pele-a-pele) e método canguru; a sucção não nutritiva com a utilização da chucha aparece, muitas vezes, associada à utilização de uma pequena quantidade de sacarose a 24% ou leite materno, contribuindo para a diminuição do choro e redução da mímica facial de dor, em especial em procedimentos dolorosos como a punção venosa ou do calcanhar para colheita de sangue (OE, 2013; DGS, 2012). Para além destas indicações, a DGS (2012) aconselha o espaçamento de procedimentos dolorosos, permitindo a recuperação do RN, tanto a nível fisiológico e seu parâmetros, como a nível comportamental; a avaliação da dor antes, durante e após a intervenção, procedendo ao ajustamento da mesma sempre que necessário; antes de iniciar o procedimento, escolher o material que provoque menos dor e a realização do procedimento de forma menos dolorosa possível; evitar, sempre que possível, a punção do calcanhar para colheitas de sangue por ser um local de sensibilidade aumentada no RN; e, sempre que sejam executados procedimentos que possam causar um elevado nível de *stress* e dor no RN, as estratégias não farmacológicas devem sempre estar associadas a estratégias farmacológicas, garantindo um adequado controlo da dor e promovendo o conforto.

3.2.1. Nos Contextos de Estágio

Neste sentido, e em especial na UCIN, tive a oportunidade de aplicar diversas estratégias não farmacológicas para o controlo da dor e promoção do conforto do RN, durante e após procedimentos dolorosos. A contenção física, o posicionamento, a sucção não nutritiva e o toque suave foram bastante eficazes no controlo do desconforto e em situações de dor ligeira. Num caso em particular, a utilização de um brinquedo com música também se mostrou útil.

Para além disso, tive a oportunidade, na UCIN, de desenvolver competências e intervenções na área dos cuidados paliativos, trabalhando em conjunto com a enfermeira orientadora na prestação de cuidados a um RN em fase terminal. Ao longo do meu percurso profissional, lidei com a morte de utentes e com as suas famílias, tendo,

anteriormente, desenvolvido estratégias e competências para lidar com esta situação. No entanto, devo admitir que a morte de uma criança, em especial um RN, é um assunto com o qual eu não estava familiarizada e preparada, caso viesse a experienciar esta situação. Por esse motivo, surgiu outro objetivo de estágio: assistir o RN e família no processo de final de vida. As atividades desenvolvidas neste sentido passaram pela prestação de cuidados de conforto ao RN; consulta dos protocolos do serviço relativos a cuidados paliativos e luto neonatal; consulta de bibliografia sobre cuidados paliativos pediátricos e luto; prestação de apoio emocional à família.

A taxa de mortalidade neonatal tem vindo a diminuir nos últimos anos devido à evolução tecnológica e aumento dos profissionais competentes na área da neonatologia, conduzindo a melhores cuidados e maiores taxas de sobrevivência dos RN prematuros. Segundo dados do INE, em 2020, a taxa de mortalidade neonatal precoce situava-se nos 1,1‰ em Portugal continental, continuando a tendência decrescente verificada em anos anteriores. Apesar disto, a morte continua a ser uma realidade presente nas UCIN e é fundamental a implementação de cuidados paliativos nestas unidades.

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro) define cuidados paliativos como “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais.”

De acordo com a *Together for Short Lives* (2018), os cuidados paliativos pediátricos envolvem os elementos físicos, emocionais, social e espiritual com o foco na melhoria da qualidade de vida e apoio à família. Na perspetiva da associação, os cuidados paliativos iniciam-se no momento do diagnóstico e prolongam-se para lá da morte da criança/jovem. Estes cuidados incluem o controlo sintomático, possibilidade de curtas pausas e o apoio ao longo do processo de morte e luto. A OMS define cuidados paliativos pediátricos como a prevenção e alívio do sofrimento em utentes pediátricos e adultos e suas famílias, quando diagnosticados com doenças fatais, e o apoio em lidar com o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (OMS, 2016).

Os cuidados paliativos pediátricos diferem dos cuidados paliativos de adultos de diversas formas: quando em comparação com os adultos, o número de crianças que morrem é bastante inferior; o espaço temporal da doença pediátrica é, de uma forma geral, diferente do que nos adultos, podendo conduzir a cuidados paliativos que duram dias, meses e, em certas circunstâncias, anos; muitas das doenças que conduzem à morte são hereditárias e podem afetar mais do que uma criança na família; o cuidado envolve toda a família, em especial pais e irmãos que estão especialmente vulneráveis após o diagnóstico e pelas responsabilidades acrescidas; devem ter em conta o desenvolvimento constante da criança e adaptar os cuidados ao seu desenvolvimento, bem como à forma como a criança encara os diferentes períodos de transição na sua vida; fornecer momentos de aprendizagem e brincadeira é fundamental e acrescenta um grau de complexidade ao cuidado nesta faixa etária (*Together for Short Lives*, 2018).

Os cuidados paliativos neonatais são definidos como intervenção focada no RN e família, baseados em cuidados holísticos prestados em situações sem cura expectável (Soares et al. 2013). Continua a ser uma temática controversa já que é difícil determinar o momento indicado para limitação de terapêutica, a tomada de decisão sobre a implementação de cuidados paliativos e, da parte dos pais, na negociação do plano de cuidados e decisão de não reanimar são fatores que, ainda hoje, impedem a concretização de cuidados paliativos neonatais com a frequência que seria considerada apropriada.

O luto é um processo individual, lento e único que, apesar de doloroso, apresenta-se como uma reação normal a uma perda significativa e, por este motivo, não existem limites temporais a respeitar ou formas corretas e incorretas de o vivenciar, pelo seu caráter de unicidade. É um processo contínuo que envolve muitas alterações ao longo do tempo (Aparício et al. 2015; *Canadian Paediatric Society Statement*, 2001).

Segundo a CIPE, luto é definido como “Emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de *stress* somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação).” e “Resposta psicológica: processo de resolver o luto; reação emocional para ajudar a ultrapassar uma grande perda pessoal sentimentos de pena ou perda extrema, que

se processam através do pranto e do nojo; trabalho consciente com reações e emoções.” (CIPE, 2018).

A CIPE define ainda o conceito de luto familiar como “Luto: experienciado pela família após a perda de um ente querido ou de algum bem material ou imaterial, com manifestação de sofrimento acompanhado por sintomas físicos e emocionais em mais do que um membro da família, ambiente familiar de luto e sofrimento, tristeza partilhada e desorganização temporária das rotinas familiares.” (CIPE, 2018).

A morte de uma pessoa amada é uma experiência dolorosa, no entanto, a perda de um filho é, na perspectiva dos pais, algo contranatura e que contraria as leis da justiça humana, tornando-se uma perda com maior sofrimento associado e sentimentos de culpabilização e impotência perante esta situação, sobretudo quando esta perda ocorre no período neonatal e após o nascimento de um filho prematuro, de muito baixo peso e/ou gravemente doente. É importante ajudar os pais nesta fase dolorosa da sua vida, permitindo que o luto se processe de forma o mais natural possível, evitando um luto ineficaz e patológico.

A processo do luto incorpora três fases distintas: fase de choque, protesto ou evitamento, que dura deste o momento da notícia da morte até algumas horas ou dias após a mesma, com sentimentos de descrença, choque e negação e, em alguns casos, agressividade e raiva dirigida aos profissionais de saúde que, na perspectiva dos pais, falharam no seu trabalho de salvar vidas protegendo, desta forma, os pais da realidade e evitando um colapso mental; fases de confrontação e desorganização, em que o luto é mais intenso com a realização da realidade da morte de uma pessoa significativa, confrontando a realidade e absorvendo o seu significado ocorrendo, nesta etapa, a recordação dolorosa da relação estabelecida com o falecido, essencial para o processo de luto; e a fase de acomodação ou reorganização, com uma diminuição progressiva dos sentimentos de luto e um retorno à vida diária e social, aprendendo a lidar com o luto, não esquecendo a morte da pessoa, evitando que esta tenha impacto negativo no futuro e na vida (*Canadian Paediatric Society Statement*, 2001).

O luto após a morte neonatal é especialmente complicado, não só por ser visto como algo estranho e contra as leis da natureza, mas também por todo o caminho percorrido e idealizado pelos pais, desde o momento da confirmação da gravidez até ao nascimento e, posteriormente, a morte do RN. Todos os sonhos, idealizações e projeções de futuro que

são construídos durante a gravidez são despedaçados com a morte do bebé e muitos pais perdem a capacidade de vislumbrar um futuro e o propósito da sua vida. A culpabilização também ocorre com frequência por parte dos pais já que acreditam que não foram capazes de criar um bebé saudável, por múltiplos erros que puderam ter cometido durante a gravidez que conduziram a este desfecho e a sensação de que falharam enquanto pais (*Canadian Paediatric Society Statement*, 2001).

A *Canadian Paediatric Society Statement* (2001), citando Kowalski (1987), refere que a morte neonatal representa múltiplas perdas para os pais, desde a perda de uma pessoa significativa, a perda da parentalidade e do papel de pai/mãe, a perda de alguns aspetos da sua personalidade, a perda de um sonho e de um ser criado por eles.

Neste contexto, tive a oportunidade de entrar em contacto com a equipa de cuidados paliativos do hospital em que estava a estagiar, nomeadamente a enfermeira especialista, e observar a sua intervenção, bem como participar no planeamento de cuidados. A prestação de cuidados a este RN e à sua família teve um impacto bastante grande na minha prática e permitiu-me desenvolver competências que, de outra forma, não teria sido capaz de desenvolver. Apesar de ter sido uma situação difícil, foi também enriquecedor para a minha futura prática enquanto EESIP e enquanto pessoa no geral.

Tendo em conta a temática central do relatório, a parentalidade no contexto da gemelaridade, tentei, em todos os contextos de estágio, integrar conhecimentos nas equipas através de sessões de formação que contribuíssem para a expansão e aquisição de conhecimentos e competências que respondam às necessidades tão específicas desta população. Infelizmente, e por ser um fenómeno com baixa incidência em Portugal, acabei por não ter oportunidade de desenvolver sessões de formação com foco na parentalidade gemelar. Apesar disto, no contexto da UCIN, foi possível implementar um projeto desenvolvido, *The Butterfly Project*, no Reino Unido e implementado em diversas UCINs em todo o mundo com foco no luto nos pais de gémeos e/ou múltiplos filhos. Após entrevista informal com a enfermeira orientadora, enfermeira chefe e consulta dos registos de entrada, foi possível confirmar a necessidade de abordar esta temática tão específica e que exige um conjunto de competências que, em avaliação inicial, foram consideradas necessário maior desenvolvimento. Como tal, os objetivos definidos neste contexto foram: desenvolvimento de competências que me permitissem apoiar os pais no luto pela perda de um ou vários filhos fruto de uma gravidez gemelar ou múltipla; e desenvolvimento de competências de apoio aos pais na prestação e promoção da

parentalidade ao(s) RN(s) sobrevivente(s). Os objetivos da sessão formativa consistiram na apresentação do projeto à equipa de enfermagem e na comunicação de algumas estratégias utilizadas para o apoio aos pais que lidam com a perda de um ou mais filhos fruto de gravidez gemelar/múltipla. A sessão de formação foi bem-sucedida e, após *feedback* das enfermeiras orientadora e chefe, foi possível perceber que a equipa considerou a temática importante para o seu desenvolvimento e, sendo uma situação recorrente no serviço, digna de reflexão e adoção de estratégias diferentes. Nos apêndices deste relatório encontram-se a apresentação *powerpoint*, planeamento de sessão e folheto informativo elaborado neste contexto de estágio. Ao longo do meu percurso, não tive oportunidade de interagir com pais cujos filhos gémeos estivessem internados no serviço. Porém, surgiu a oportunidade de trabalhar a temática do luto na perda de um ou mais filhos fruto de uma gravidez gemelar/múltipla e, neste contexto, tive oportunidade, de forma breve, de interagir e abordar os pais nesta situação. Por ter sido uma situação recente e não existir abertura para abordar a perda de um gémeo e sobrevivência do outro, foi elaborada e realizada uma sessão de formação à equipa de enfermagem, introduzindo no serviço, um projeto já criado e utilizado em diversas UCIN a nível mundial. Tendo em conta estes objetivos, a sessão de formação foi a atividade que me permitiu atingir os objetivos, bem como desenvolver a competência específica “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” e unidade de competência “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.” (OE, 2018).

O Projeto Borboleta, ou *The Butterfly Project*, foi criado por uma equipa de profissionais de saúde com mais de 10 anos de experiência em UCIN. Sentiram a necessidade de desenvolver *guidelines* e competências específicas para apoiar os pais que sofreram a perda de um ou mais RNs fruto de uma gravidez gemelar/múltipla. Esta investigação surgiu no contexto de, enquanto decorria um estudo relativo ao luto pais, os investigadores se depararem com pais que sofreram a perda de um bebé de gravidez gemelar. Por ser uma situação única e específica, decidiram dedicar-se à temática, entrevistando pais em situações iguais, desenvolvendo *guidelines* e protocolos e fazendo *workshops* para preparação dos profissionais. Os pais experienciam sentimentos díspares, desde luto e pesar pela perda e, por outro lado, esperança e felicidade pela sobrevivência do(s) outro(s). As estratégias implementadas foram verbalizadas pelos pais entrevistados e incluem o reconhecimento do estatuto de gémeo, não esquecendo que existiu outro(s)

bebê(s), através da utilização da borboleta enquanto símbolo; reconhecer a sua perda e permitir que verbalizem os seus sentimentos livremente; providenciar apoio emocional sempre que apropriado; fornecer informação apropriada; promover a continuidade de cuidados, tentando, dentro dos possíveis, manter os mesmos profissionais na prestação de cuidados aquela família; oferecer/permitir a criação de memórias, mesmo que, numa fase inicial, os pais recusem e poderão sentir arrependimento de não terem memórias; gestão de berços/incubadoras na unidade, sempre que possível, mantendo a família longe de outros gémeos/múltiplos que não tenham sofrido uma perda; e preparar os pais para a alta hospitalar (Crowe et al., 2015; Hayes et al., 2015).

Esta sessão formativa e consequente folheto estão incluídos em apêndice neste relatório e, apesar de ter sido utilizado um questionário de avaliação da sessão de formação, que, por ter sido realizada em conjunto com outros enfermeiros, não foi possível adquirir os dados relativos a questionário. No entanto, o *feedback* dos diferentes enfermeiros foi positivo, com potenciais ganhos para o serviço.

No que diz respeito ao estágio no SUPed, pelas suas especificidades e por ser, muitas vezes, o primeiro contacto com profissionais da saúde das crianças e famílias no processo de doença, foi necessário desenvolver um conjunto de competências que me permitiram uma participação ativa, em colaboração com a enfermeira orientadora, nos cuidados de enfermagem. O serviço de urgência, a situação de doença e a possibilidade de um internamento, ainda que de curta duração, são fatores stressores e podem implicar e condicionar a parentalidade, trazendo, inevitavelmente, alterações nas rotinas estabelecidas e podendo comprometer e alterar o desenvolvimento da criança até à data. Neste sentido, é fundamental que os pais/cuidadores tentem, dentro das possibilidades, manter essas rotinas e continuar a cumprir o seu papel de pai/cuidador, integrando a família nos cuidados e decisões no serviço de urgência, reduzindo os impactos negativos que esta tem (Hockenberry & Wilson, 2011).

A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (2019) distingue urgência e emergência, definindo o primeiro conceito como toda a situação clínica que exija intervenção de avaliação e/ou correção num curto espaço de tempo e, como definição do segundo conceito, a existência de risco de perda de vida e/ou função orgânica que exige uma intervenção num curto espaço de tempo.

Novamente, tentei mobilizar e intervir em situações de parentalidade no contexto da gemelaridade, no entanto não foi possível e, após reunião informal com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe, o foco e objetivos do meu estágio no serviço foi modificado no sentido de aprofundar conhecimentos na área da parentalidade, sobretudo na situação de doença aguda ou agudização de doença crónica e num contexto tão específico e diferente como a urgência. Neste sentido, estabeleci como objetivos para o estágio: assistir a criança/jovem e família no processo de doença e promover a parentalidade no processo de doença e hospitalização de curta duração da criança. As atividades que me permitiram atingir estes objetivos foram: consultar bibliografia relativa à parentalidade, em especial o “Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização da OE”; colaborar nos cuidados prestados às crianças/jovens que recorrem ao serviço; promover a manutenção de rotinas diárias durante o internamento de curta duração; promover o envolvimento dos pais/cuidadores nos cuidados; e promover a tomada de decisão parental.

De acordo com a lei n.º 106/2009, de 14 de setembro, a criança, até aos 18 anos de idade, que esteja internada no hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente de ambos os pais ou da pessoa que os substitua, podendo designar outro acompanhante ou prescindir do mesmo a partir dos 16 anos.

Segundo a CIPE (2018), a parentalidade pode ser definida como “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (p.94). No mesmo documento, é definido, ainda, papel parental como “Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.” (p.94).

A parentalidade é um processo contínuo que se desenvolve ao longo do ciclo da vida e se transforma ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança. A forma como os pais desempenham o seu papel e o grau de compromisso dos mesmos na relação com a criança,

bem como a influência da sociedade e o tipo de apoio familiar que os rodeia, condicionam a parentalidade e a forma como a vinculação afetiva entre pais e criança se estabelece (OE, 2015; Hockenberry & Wilson, 2011).

Os pais/cuidadores, mesmo no contexto de hospitalização e processo de doença da criança, preferem, sempre que possível, continuar a cumprir o seu papel parental/cuidador e, é da competência do enfermeiro, em especial do EESIP, promover e permitir que o processo de parentalidade se mantenha, integrando a família na equipa multidisciplinar, na negociação do plano de cuidados e aceitando as suas competências específicas. É também essencial educar os pais no sentido de apoio, dentro das possibilidades, no processo de cuidar da criança, fornecendo apoio quando necessário, dando informações apropriadas e adequadas às capacidades do binómio pais-criança, aumentando a confiança parental e apoiando na gestão de emoções e reorganização de papéis e tarefas, clarificando a sua função durante o internamento mais ou menos prolongado da criança (OE, 2015).

Sabemos que, mesmo os pais bem acomodados com o papel parental, sofrem interferências no seu papel com a doença e potencial internamento da criança/jovem, mesmo que de curta duração. Esta situação interfere com a rotina diária, tendo impacto em todos os elementos da família com a necessidade de modificação de papéis e tarefas, de forma a acomodar e dar resposta num momento de vulnerabilidade para a família. Assim, é natural que seja necessária alguma orientação e ajuda nestes momentos iniciais de forma a permitir o ajuste da família e ganhos para a saúde, assim como competências e habilidades para lidar com situações semelhantes no futuro. O estabelecimento de uma relação de ajuda e a facilitação do empoderamento da família nesta fase permitem o desenvolvimento de novas competências e uma sensação de satisfação e utilidade por parte dos pais que, nesta situação, veem o seu papel reconhecido e valorizado, já que o enfermeiro não substitui os pais nos cuidados que já são autónomos no domicílio (OE, 2015).

É importante valorizar as relações estabelecidas entre os elementos da família, analisar o comportamento da criança como indicadores para a nossa prática, perceber o que a nossa intervenção traz para o contexto específico, mostrar disponibilidade para discutir assuntos que os pais entendam como importantes, aproveitar todas as oportunidades existentes para promover o papel parental, valorizar o processo de desorganização e vulnerabilidade associado ao internamento e doença da criança e aproveitar como oportunidades para o

desenvolvimento de competências. Acima de tudo, reconhecer que os pais conhecem melhor a sua criança melhor do que nós e promover a partilha de conhecimentos para o desenvolvimento mútuo (OE, 2015).

Alguns pré-requisitos nesta fase, definidos pela OE (2015), incluem: “Estar consciente dos valores implícitos ao comportamento da família; ouvir a família, incluindo a criança, antes de planear os cuidados; ouvir a família e aprender com ela, antes de a tentar informar e ensinar; comunicar com a família antes de tomar decisões; individualizar os cuidados de forma a que a família se sinta segura com a sua participação; aquilo que se adequa a uma família pode ser completamente desadequado para outra; demasiada responsabilidade em situações não familiares pode ser causadora de *stress* para muitas famílias; estar disponível para atender às necessidades da família; conhecer a família, tendo em conta as três dimensões (estrutura, desenvolvimento e funcionamento) propostas pelo Modelo de Avaliação Familiar de Calgary.” (pp.21-22).

É de valorizar, com os pais, os seus conhecimentos e capacidades adquiridos, a sua importância e encará-los como parceiros nos cuidados à criança. Para isto, cabe ao enfermeiro envolver os pais tanto quanto possível e tendo em conta os seus desejos, tanto na participação dos cuidados como no processo de tomada de decisão. Incentivar a parentalidade é fulcral na adaptação do papel no internamento e situações de doença aguda ou agudização de doença crónica. Para isto, é necessário negociar os cuidados a serem prestados e lembrar que são parceiros nos cuidados, comunicando de forma aberta e evitando a limitação dos pais, aceitando as suas crenças e valores e integrando, tanto quanto o possível, essas convicções. Esta negociação exige que os pais se sintam parte integrante da equipa, aumentando os sentimentos de autoconfiança quanto à sua capacidade para cuidar da sua criança, tomando as decisões em conjunto, promovendo os laços formados e conduzindo, em último caso, ao ajustamento apropriado, tanto a nível psicológico como social (OE, 2015).

A comunicação e a transmissão de informação também têm um papel fundamental no processo de parentalidade na hospitalização. Identificar o grau de conhecimento relativos a comportamentos de procura de saúde, gestão de regime terapêutico, quais as capacidades para adquirirem novos conhecimentos e informações e, por isso, é importante adequar as informações que damos, a forma como transmitimos as mesmas e, acima de tudo, saber o que os pais/cuidadores querem e necessitam de saber. Deveremos evitar fornecer informações contraditórias ou ambíguas, falar a verdade e permitir o

esclarecimento de dúvidas, validar as informações dadas e promover a adaptação perante as mesmas, assistindo-os em todas as fases do processamento da informação, por vezes, dolorosa (OE, 2015).

No serviço de urgência, e em especial no serviço de observação, tive oportunidade de promover a parentalidade junto dos pais e crianças de diferentes faixas etárias, desenvolvendo as atividades acima referidas e que me permitiram cumprir os objetivos traçados.

Mais ainda, tive também oportunidade de elaborar e participar numa sessão de formação sobre a parentalidade no serviço de urgência, relembrando conceitos e introduzindo o conceito de parentalidade positiva, visto ter sido uma das necessidades detetadas numa fase inicial do estágio. Os objetivos desta sessão de formação foram: aquisição de conhecimentos relativos à promoção da parentalidade; clarificar conceitos relativos à parentalidade; apresentar o conceito de parentalidade positiva; apresentar estratégias para a promoção da parentalidade no contexto do serviço de urgência. Os meios utilizados nesta sessão de formação, o planeamento da mesma e os resultados do questionário encontram-se em apêndice. Para além disto, e de forma a aprofundar os conhecimentos e refletir sobre a minha prática na promoção da parentalidade neste contexto, propôs-me desenvolver uma reflexão crítica relativa à temática que se encontra em apêndice.

Para além das competências na promoção da parentalidade, e por ser um serviço de urgência, existe a necessidade de, por vezes, executar procedimentos invasivos e dolorosos para a criança/jovem. Tive a oportunidade de colaborar com a enfermeira orientadora e executar intervenções como: punção venosa, colheita de zaragatoa nasofaríngea e orofaríngea, algaliação, aspiração de secreções, entre outras. Por esse motivo, também tive necessidade de definir o objetivo intervir nas situações que requeiram cuidados especializados na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, à criança/jovem e família/cuidadores no processo de doença e/ou hospitalização. As atividades que conduziram ao cumprimento deste objetivo foram: colaboração nos cuidados à criança/jovem e sua família no contexto de serviço de urgência; consultar bibliografia relativa ao controlo da dor e estratégias não farmacológicas; e aplicar estratégias não farmacológicas de controlo da dor.

A utilização de estratégias não farmacológicas nas crianças e jovens devem ser ajustadas ao seu estágio de desenvolvimento e faixa etária, selecionando as mais eficazes. A

brincadeira lúdica é uma estratégia amplamente utilizada e surge como forma de comunicação terapêutica através da qual podemos transmitir informações à criança/jovem, com linguagem apropriada ao seu desenvolvimento. A criança é, desta forma, capaz de expressar os seus medos e desejos, libertando emoções e frustrações, assumindo o controlo sobre o que a assusta. A promoção da espontaneidade, diversão, distração, satisfação e autoestima da criança são outros efeitos positivos da brincadeira lúdica (OE, 2013).

Outras estratégias utilizadas incluem o fornecimento de informação antecipatória, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento e adequando o discurso; distração, redirecionando a atenção da criança para situações não relacionadas com o procedimento, recorrendo à música, vídeos, televisão, leitura, entre outros; reforço positivo, elogiando a criança ou oferecendo uma recompensa após o procedimento doloroso; imaginação guiada, atuando como distração e alívio da ansiedade, utilizada em crianças com mais de 4 anos e permitindo a utilização da imaginação para reduzir a sensação dolorosa; simulação ou modelação, demonstrando como o procedimento vai acontecer num adulto ou noutra criança, explicando os passos; o relaxamento muscular, reduzindo a tensão muscular e a ansiedade prévia aos procedimentos; a massagem, o posicionamento, a aplicação de calor ou frio numa zona dolorosa são estratégias físicas eficazes; musicoterapia, arteterapia e o próprio humor, com recurso ao riso são outras estratégias a implementar (OE, 2013).

Na maioria dos casos, e sobretudo em crianças com idade igual ou superior aos 4 anos, a informação prévia, a distração, o humor, a utilização da televisão/telemóvel com vídeos foram estratégias muito utilizadas. De referir um momento de colocação de dreno torácico num adolescente, no serviço de observação, em que, associada à medicação analgésica e anestésica, também foram utilizados exercícios de relaxamento muscular e a própria presença do pai serviram como estratégias não farmacológicas no alívio, sobretudo, da ansiedade que este adolescente sentia.

O estágio de SUPed permitiu, também, entrar em contacto com crianças/jovens com patologias e doenças crónicas, algumas delas graves. O caso mais memorável foi uma criança com síndrome de Patau que recorreu ao serviço de urgência por um quadro de bronquiolite e dificuldade respiratória, com apneia e cianose de difícil regressão. Apesar da situação que a levou ao serviço não ter sido associado à patologia rara, foi necessária pesquisa para perceber as implicações que esta tinha na sua vida. Assim, a síndrome de

Patau é um acidente genético em que existe a trissomia do cromossoma 13. De forma geral, são crianças com alterações em vários órgãos, nomeadamente no sistema nervoso com microcefalia, deficiência motora e intelectual, problemas oculares que poderão causar diferentes graus de cegueira; sistema músculo-esquelético com polidactilia, orelhas baixamente implantadas, deformidades nos pés, onfalocele, fenda palatina; sistema urogenital com alterações nos genitais e defeitos renais; problemas cardíacos, nomeadamente defeito no septo ventricular e problemas respiratórios ou apneia. O prognóstico é muito reservado nestas crianças e muitas delas acabam por falecer *in útero*, no primeiro mês de vida ou não sobrevivem para além do primeiro ano de vida (Lino et al. 2020).

Esta criança já era acompanhada pela equipa de cuidados paliativos e a mãe era autónoma nos cuidados à mesma, pelo que foi apenas necessário prestar apoio nas tarefas que a mãe não conseguia executar e manter monitorização relativa à parte respiratória. A criança acabou por necessitar de ficar internada num dos serviços pediátricos do hospital por manter dificuldade respiratória. De certa forma, apesar de ter sido um contacto breve com esta família (durante um turno), foi possível adquirir conhecimentos sobre uma patologia que, até à data, nunca tinha encontrado e oferecer cuidados específicos tendo em conta a sua patologia de base.

Ainda no SUPed, tive a oportunidade de promover a autoestima de uma adolescente com distúrbio da ansiedade e em fase aguda da sua patologia, com ataques de pânico seguidos. Durante a sua estadia, tive oportunidade de apoiar a jovem numa das crises, falando com ela, distraíndo-a, incentivando-a a falar sobre os seus gostos e desejos para a sua vida futura. Foi uma situação bastante impactante e, apesar de ter sido necessário recorrer a terapêutica para controlar o quadro, senti que fiz a diferença e estabeleci uma relação empática com a adolescente. Sentei-me de frente para ela, olhos nos olhos, enquanto conversávamos e esperávamos que a medicação fizesse efeito, massajando ligeiramente as suas costas e braços, já que ela consentiu e permitiu o contacto físico.

No que diz respeito ao último contexto de estágio, a estratégia adotada foi um pouco diferente e, por ser um internamento geral de Pediatria e pela minha falta de experiência na área, foi determinado que seria fundamental para o meu futuro enquanto EESIP e no presente enquanto enfermeira, desenvolver competências na área da comunicação e ajustá-las às diferentes faixas etárias e estádios de desenvolvimento. Desta forma, os objetivos definidos neste contexto incluem: desenvolver competências específicas e

estratégias de comunicação com a criança/jovem no contexto de internamento; aprofundar conhecimentos relativos à comunicação na área de saúde infantil e pediátrica; aprofundar conhecimentos relativos ao desenvolvimento infantil; colaborar nos cuidados prestado e aplicar diferentes estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento. As atividades desenvolvidas e que permitiram a concretização destes objetivos foram: observação e colaboração na prestação de cuidados com a enfermeira orientadora; estabelecimento da relação terapêutica; consulta de bibliografia relativa à comunicação e desenvolvimento infantil; planeamento de plano de cuidados apropriados às necessidades da criança e família e aplicação de técnicas de comunicação adequadas à faixa etária e estágio de desenvolvimento.

A comunicação é um dos pilares essenciais na prática da enfermagem e, no contexto pediátrico, reveste-se de especial importância já que é necessário ser adequar o discurso e a forma como interagimos com a criança/jovem tendo em conta a sua faixa etária e estágio de desenvolvimento. É uma competência de enfermagem essencial no estabelecimento da relação terapêutica e transmissão de informação durante o processo de doença e internamento, bem como para a manutenção da saúde após a recuperação. No contexto de internamento e doença na idade pediátrica, as comunicações verbal e não verbal são de especial importância, sendo necessário recorrer a diferentes técnicas e estratégias tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança/jovem. O internamento por situação de doença aguda ou agudização de doença crónica é um fator gerador de *stress* que pode gerar consequências negativas nas relações estabelecidas entre os diferentes membros da família e condicionar o desenvolvimento da criança.

Comunicação pode ser definida como um sistema de criação e recriação de informação, troca, partilha de sentimentos e emoções entre indivíduos. Envolve a escrita, a leitura, a fala e o que é ouvido, sendo considerada a forma de transmitir informação/ideias transmitidas e a partilha de significados. De forma a considerarmos a comunicação como eficaz, é necessário que todos os intervenientes compreendam a informação transmitida (Robbins & Judge, 2013; Phaneuf, 2005).

É vista como a procura do entendimento e compreensão que é usada de forma diária aquando do estabelecimento da relação de ajuda e é considerada satisfatória pelos intervenientes quando existe compreensão e *feedback* positivo. É o instrumento essencial no cuidar em enfermagem, na prestação de assistência de qualidade e na promoção do cuidado emocional. Pode, ainda, ser considerada um sinónimo de relação e afinidade

entre os indivíduos (Andrade et al., 2015; Santos & Portella, 2014; Kohlsdorf & Costa Junior, 2013; Noreña & Juan, 2008).

A comunicação, no contexto de organização (como é o caso do hospital) tem 4 funções distintas: função de controlo, já que estamos num contexto de hierarquia e existem *guidelines* que regulam o comportamento da pessoa, bem como a forma como a comunicação se processa havendo, de certa forma, também controlo sobre a comunicação informal; função de motivação, com o estabelecimento de objetivos específicos, fornecendo *feedback* e oferecendo recompensas; função de expressão emocional, pelas relações estabelecidas dentro da equipa, com interações sociais entre os membros e em que a comunicação é o principal veículo para demonstrar satisfação ou sentimentos de frustração, existindo partilhas de emoções com satisfação das necessidades sociais; e, por último, função de informação, facilitando a transmissão de informação para a tomada de decisão e, posteriormente, a avaliação da decisão tomada (Robbins & Judge, 2013).

A eficácia da comunicação tem impacto na receção do diagnóstico, vivência do tratamento, satisfação com o atendimento, adesão aos cuidados, adaptação social ao planeamento terapêutico, melhoria dos sintomas e respostas fisiológicas mais favoráveis, com o aumento da compreensão e envolvimento no plano de cuidados, desenvolvendo a capacidade de lidar com eventos geradores de *stress* e melhorando a perceção do suporte social e adaptação ao plano de tratamento. A utilização de estratégias adaptadas e apropriadas ao desenvolvimento da criança, facilitando a sua compreensão da doença, a realidade e finalidade do tratamento permitem aumentar o respeito e segurança entre profissionais e binómio pais-criança (Andrade et al., 2015; Santos & Portella, 2014).

A comunicação ineficaz pode conduzir a conflitos constantes entre profissionais de saúde, erros nos cuidados, dificuldades na assistência ao utente que, potencialmente, poderão agravar o seu estado de saúde. Torna-se importante estimular o desenvolvimento de técnicas de comunicação claras e objetivas, por parte da equipa multidisciplinar, e a aquisição de uma postura de liderança e trabalho em equipa (Santos & Portella, 2014).

A doença, no contexto pediátrico, é um processo complexo, quer pelas respostas quer pelas adaptações às manifestações da patologia em causa. Estas dependem de fatores como a idade, os padrões da criança, as características particulares e individuais de vida e as condições socioculturais (Noreña & Juan, 2008). No contexto de doença e hospitalização, a criança vê-se num ambiente considerado hostil e estranho, rodeado de

materiais/instrumentos estranhos e longe de rostos e ambientes familiares, gerando sentimentos de angústia e ansiedade. A criança também experimenta mudanças na sua rotina diária, situações dolorosas e desagradáveis que podem, em último caso, conduzir a crises na sua vida por permanência no hospital e repercussões no seu desenvolvimento (Andrade et al., 2015).

Aos olhos da criança, o hospital é considerado um ambiente hostil e estranho, e encontra-se rodeada por materiais/instrumentos estranhos e longe de rostos e ambientes familiares, gerando sentimentos de angústia e ansiedade. A criança também lida com mudanças na sua rotina diária, situações dolorosas e desagradáveis que podem conduzir a crises na sua vida pelo internamento e repercussões no seu desenvolvimento (Andrade et al., 2015).

Independentemente da idade e estágio de desenvolvimento da criança, a doença e consequente hospitalização, tem impacto nos processos e funcionamento da família, ocorrendo diferentes manifestações e significados de carácter sintomático, emocional, terapêutico e social. Estas manifestações incluem ansiedade, *stress*, depressão, dificuldades em estabelecer contacto social e interação com os profissionais, problemas de adesão terapêutica e perturbações do desenvolvimento (Noreña & Juan, 2008; Bordin, 2000).

A comunicação eficaz tem impacto direto sobre a satisfação do atendimento e a vivência da doença e hospitalização, sendo fundamental para o sucesso do tratamento e na promoção do desenvolvimento. A qualidade da comunicação condiciona a adaptação do binómio criança-família e, quando aliada à qualidade dos cuidados prestados, contribui para um processo terapêutico eficiente, modificando a vivência da doença e aumentando a adesão terapêutica (Kohlsdorf & Junior, 2013). O recurso à comunicação terapêutica é essencial para o estabelecimento da relação terapêutica, uma relação de confiança mútua que permita a resposta adequada às suas necessidades e a melhoria gradual do seu estado de saúde (Andrade et al., 2015).

São estratégias utilizadas com frequências e eficazes: a utilização da empatia é apontada como estratégia utilizada para obtenção de respostas positivas na interação com a criança ou, numa fase inicial, na aproximação à mesma; o sorriso no início e fim da interação; o recurso a piadas e a utilização de palavras e gestos carinhosos; a explicação dos procedimentos de modo claro e adaptado ao estágio de desenvolvimento; a solicitação de ajuda durante os procedimentos, os elogios e o incentivo à colaboração; a utilização do

brinquedo favorito para explicar o procedimento ou aliviar a ansiedade no momento; e fazer perguntas sobre outros assuntos não relacionados com a situação atual (Noreña & Juan, 2008). Na interação com as crianças, estas avaliam a comunicação verbal, mas, em especial, a comunicação não verbal que, muitas vezes, acaba por transmitir mais informação do que a comunicação verbal. Os comportamentos e gestos associados à comunicação verbal influenciam a realidade onde a criança se insere e o estabelecimento da relação terapêutica (Martinez et al., 2013).

Os enfermeiros são dotados de diferentes técnicas de comunicação verbal e não verbal e mobilizam-nas consoante a criança a seu cuidado e suas características específicas. Desta forma, o enfermeiro recorre à fala para a transmissão de informação sobre o cuidado a ser prestado e procedimentos, contribuindo para o envolvimento dos utentes nas intervenções e solicitando o consentimento, bem como para o esclarecimento de dúvidas e questões que possam surgir. É utilizada como caminho facilitador da comunicação, valorizando o estado de saúde da criança e, em simultâneo, enfatizando a importância do tratamento clínico e respeitando a sua individualidade (Martinez et al., 2013). O fornecimento de informação antecipatória, a distração (pela leitura, contar de história, conversa sobre eventos anteriores), o reforço positivo e a simulação ou modelação são intervenções não farmacológicas para o controlo da dor que têm como foco a comunicação verbal. A informação dada deve ser ajustada ao estágio de desenvolvimento e idade e a conversa sobre eventos anteriores é preferida na idade escolar e adolescentes (OE, 2013).

No que diz respeito a estratégias não verbais, as mais utilizadas são: o toque, especialmente na aproximação à criança, através de carícias, pegar ao colo, transmitindo segurança, tranquilidade e tornando os cuidados mais humanizados; o olhar é sobretudo útil na identificação das necessidades de saúde (nem sempre verbalizadas) e na avaliação da criança e família durante a prestação de cuidados; os gestos, na troca de sentimentos e ideias de forma mais clara e que facilitam a compreensão do processo de hospitalização, bem como o fortalecimento das relações estabelecidas entre enfermeiro, criança e pais; as atividades lúdicas, proporcionando momentos para brincar e recorrendo ao jogo, música, sons, leitura, desenhos e cores como forma de explicar os cuidados e permitir a expressão de sentimentos e avaliar a compreensão da criança; a atitude e postura do enfermeiro, demonstradas pela atenção disponibilizada, a transmissão de segurança e respeito; e as ações de cuidar, em especial nos momentos de interação (Santos & Portella, 2014; Martinez et al., 2013).

É fundamental promover a individualidade de cada criança/jovem e sua família, já que o próprio processo de comunicação facilita o esclarecimento de dúvidas e a promoção da parentalidade e manutenção de rotinas importantes neste período de fragilidade contribuindo, desta forma, para a redução da tensão e ansiedade e promovendo uma recuperação mais rápida. É importante que vejamos a criança como elemento integrado na família e não como uma pessoa isolada, integrando e englobando ambos nos nossos cuidados (Andrade et al., 2015; Santos & Portella, 2014).

No que diz respeito ao desenvolvimento infantil, em especial, o desenvolvimento cognitivo e das suas competências comunicativas, podemos fazer uma divisão por faixa etária para melhor organização do desenvolvimento que ocorre.

Aos 6 meses, a criança já reage à voz humana, reconhecendo as vozes dos pais e de familiares próximos, reagindo, também, ao seu nome. Já é capaz de palrar, vocalizar sons sem sentido e expressa reações a diferentes entoações. Aos 12 meses de vida, já consegue produzir alguns fonemas, entende frases simples e curtas (cumpre ordens simples) e consegue verbalizar palavras isoladas, sem conhecer o seu sentido. Recorrendo às vocalizações que já consegue fazer, é capaz de as utilizar para fazer pedidos, dar ordens, interrogar sobre algo, recusar/negar e exclamar. Aos 18 meses já é capaz de vocalizar bastantes sons, recorrendo a variações de tom. Cumpre ordens simples, compreende dezenas de palavras e consegue vocalizar frases curtas (2/3 palavras por frase), em discurso telegráfico. Nesta fase, já recorre às palavras que conhece para dar ordens, perguntar, recusar e fazer pedidos. Entre os 2 e 3 anos, a criança já sabe o primeiro e último nome, possui um vocabulário mais extenso e é capaz de formar frases com várias palavras. É capaz de utilizar o plural, os pronomes e as flexões verbais e nominais conseguindo, desta forma, utilizar frases para exprimir desejos, fazer perguntas e falar ininterruptamente. Entre os 4 e os 5 anos, a criança expande ainda mais o seu vocabulário, mostrando maior competência comunicacional, compreendendo e produzindo frases simples e complexas sem dificuldade. Na idade escolar (6-12 anos), ganha o gosto pela conversação, tornando-se mais sociável e estabelecendo relações de amizade. Na fase da adolescência (13-18 anos), o jovem já apresenta domínio das estruturas gramaticais mais complexas, com enriquecimento lexical crescente participando, de forma ativa, em discussões sobre vários temas (Sim-Sim et al., 2015; Hockenberry & Wilson, 2010).

Assim, não faz sentido utilizar as mesmas estratégias de comunicação com crianças e jovens de diferentes faixas etárias e estádios de desenvolvimento. Numa criança de 8

anos, por exemplo, podemos explicar o procedimento que vamos executar e pedir a sua colaboração, distraíndo-a e conversando sobre os seus gostos e rotinas antes e durante o procedimento para a tranquilizar. No caso de uma criança com 18 meses, apesar de entender o discurso até um certo limite, o medo do desconhecido e da potencial dor provocam ansiedade. Nesta situação, podemos recorrer ao brinquedo favorito ou à utilização da televisão/música como forma de distração durante um procedimento.

De forma indireta, ao desenvolver as competências de comunicação e ao estabelecer a relação terapêutica, fui capaz de desenvolver a unidade de competência de EESIP “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” e a competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (pp.19193 e 19194, OE, 2018).

Para além disto, e como referido no contexto de estágio anterior na SUPed, tive oportunidade de definir outro objetivo: intervir nas situações que requeiram cuidados especializados na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, à criança/jovem e família/cuidadores no processo de doença e/ou hospitalização e as respetivas atividades: colaboração nos cuidados à criança/jovem e sua família no contexto de internamento; consultar bibliografia relativa ao controlo da dor e estratégias não farmacológicas; e aplicar estratégias não farmacológicas de controlo da dor. As estratégias mais utilizadas foram a demonstração do procedimento, a distração por norma com o brinquedo e conversa sobre tópicos da vida da criança, e exercícios de relaxamento, em particular numa situação de uma adolescente com lipotimia após um procedimento invasivo.

Mais ainda, a unidade de competência “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” também foi desenvolvida na interação e estabelecimento de relação terapêutica com uma adolescente, portadora de doença crónica e alterações no seu desenvolvimento, ao longo do seu internamento. Foi necessária uma alteração no seu regime medicamentoso e dieta, pelo que foi prestado apoio à família no ajuste necessário.

3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, a OE (2019) estabelece as seguintes competências a serem desenvolvidas pelo enfermeiro especialista: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (pp. 4748-4749).

Enfermagem é definida como “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo de vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro).

É uma profissão de saúde autónoma, com as suas intervenções e planos de cuidados autónomos e que visam a enfatização das respostas humanas da população a seu cuidado, apoiando as respostas de forma subsidiária e sem substituição das funções que o utente tem capacidade de continuar a exercer. Apesar do seu carácter e denominação de profissão autónoma por vezes, contudo, é necessário a interação e o trabalho em equipa com outros profissionais de saúde, permitindo uma resposta mais especializada e adequada às suas necessidades.

Neste sentido, é fundamental o desenvolvimento de competências que permitam uma tomada de decisão correta, tanto de forma autónoma como no contexto de equipa multidisciplinar, colaborando ao longo do processo, fornecendo informações necessárias e delegando funções após a tomada de decisão.

Considero, então, fundamental clarificar o conceito de tomada de decisão. De acordo com a OE (2011), “A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática.” (p.5). O enfermeiro é responsável por identificar as necessidades de cuidados de enfermagem do indivíduo ou grupo, prescrevendo e executando intervenções de enfermagem que previnam a ocorrência de riscos, a deteção precoce de problemas potenciais ou a minimização de problemas reais identificados anteriormente. Ao longo deste processo, o enfermeiro incorpora os resultados da sua investigação na prática. Pela existência de diferentes

valores e princípios, as percepções de bons cuidados variam de enfermeiro para enfermeiro e é necessário que o enfermeiro seja detentor de sensibilidade para lidar com as diferenças e continuar na busca dos mais elevados níveis de satisfação dos utentes (OE, 2011).

3.3.1. Nos Contextos de Estágio

Todos os objetivos definidos e atividades delimitadas tiveram por base os valores éticos e deontológicos que guiam a nossa profissão. A organização dos planos de cuidados foi sempre elaborada tendo em conta as necessidades detetadas do utente e sua família, na avaliação inicial e alterados consoante as necessidades se iam alterando e novas prioridades surgiam.

De forma a garantir a integração na equipa de enfermagem e conhecer os contextos de estágio, um dos objetivos específicos estabelecidos, numa fase inicial de todos os contextos de estágios, foi “Conhecer a estrutura física, dinâmicas do serviço e diferentes elementos da equipa multidisciplinar”. Ao conhecer estes diferentes componentes, fui capaz de zelar pela segurança dos cuidados e utentes, otimizando o funcionamento do local e tomando conhecimento do clima organizacional.

Em todos os contextos estágio, nos primeiros turnos as atividades implementadas que permitem a concretização do objetivo acima definido foram: a realização de visita guiada às instalações dos serviços, com a respetiva explicação da sua estrutura física, dinâmica e organização do serviço; a consulta de guias, normas e protocolos em utilização nos serviços, essenciais para os cuidados prestados e uniformização dos mesmos; observação das dinâmicas dos serviços, conhecendo os diferentes elementos para facilitar o trabalho em equipa tão essencial na área da enfermagem; a observação, ao longo do estágio, do enfermeiro orientador e suas intervenções; e, por último, a realização de pesquisas bibliográficas, fundamentando a minha prática e preenchendo lacunas no conhecimento.

Em todos os contextos de estágio, a existência de diversos protocolos e *checklists* de segurança foram evidentes e são importantes, não só na uniformização dos cuidados, como na garantia da qualidade dos mesmos e a segurança dos profissionais e utentes. Segurança do utente é definida como “a ausência ou a redução ao mínimo aceitável dos

danos ou das lesões acidentais durante a prestação da assistência de serviços.” (Moraes et al., 2020).

3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, são competências do enfermeiro especialista: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (p.4749, OE, 2019).

Como referido anteriormente, é da responsabilidade do enfermeiro executar cuidados profissionais com a devida competência e aperfeiçoamento profissional (CDE, 2015). O termo competência profissional tem sido alvo de discussão nos diversos meios profissionais e é um conceito bastante importante no sector da saúde, pelas mudanças constantes com a necessidade de atualização de conhecimentos e práticas e, em consequência, a necessidade de profissionais cada vez mais diferenciados e com competência profissional específica para determinada área de especialidade que sejam capazes de fornecer respostas às crescentes necessidades da população (Camelo & Angerami, 2013). Desta forma, podemos considerar competência profissional como um conceito de evidência, com diferentes conotações e sujeito a diferentes interpretações, mas que, de certa forma, comprova a necessidade do desenvolvimento de competências específicas face às mudanças constantes (Camelo & Angerami, 2013).

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN, 2020), o enfermeiro detentor de competência avançadas deverá ser capaz de implementar e liderar políticas e estratégias que contribuam para o estabelecimento de um ambiente positivo para a prática de enfermagem, de forma a recrutar, manter e desenvolver os recursos humanos. Para além disto, deverá rever e atualizar os seus conhecimentos, mantendo uma prática de cuidados específicos e de elevada qualidade.

O autoconhecimento é entendido como um atributo que apoia os enfermeiros na resposta à tão necessária relação terapêutica. É através deste que reconhecem a vulnerabilidade pessoal e poderão desenvolver competências. A supervisão clínica poder ser utilizada

para a promoção do autoconhecimento (Gardner, 2010). A orientação ao longo do estágio demonstrou-se fundamental para a reflexão crítica das competências adquiridas, da minha prática profissional, mas, também, para a avaliação e reflexão da minha prática enquanto enfermeira.

Como foi demonstrado ao longo do relatório e no decorrer do estágio, a minha prática e todos os cuidados desenvolvidos tiveram por base conhecimento teórico, de forma a prestar cuidados de qualidade e ajustados às necessidades e especificidades de cada criança/jovem e família. A prática baseada em evidência é uma abordagem bastante utilizada na enfermagem de forma a melhorar a efetividade clínica e apoiar o enfermeiro nos seus cuidados. Schneider et al. (2020) citando Sackett et al. (2003) define prática baseada na evidência como a abordagem que associa a melhor e mais atual evidência científica disponível com a experiência clínica e as decisões feitas pelo utente facilitando, desta forma, a tomada de decisão do profissional e o planeamento dos cuidados. A sua utilização diminui a distância entre a pesquisa e a prática, já que a implementação desta estratégia ocorre pela avaliação dos resultados obtidos nas pesquisas decorrente da avaliação crítica das evidências encontradas. No entanto, esta técnica não invalida o julgamento crítico, uma vez que este nos permite avaliar a adequação ou não de determinada estratégia no utente, permitindo uma melhor adequação dos cuidados. Os autores defendem que os profissionais de saúde deverão utilizar as vivências profissionais e as melhores evidências científicas disponíveis na tomada de decisão, proporcionando cuidados adequados e ajustados a cada utente (Schneider et al., 2020).

4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Para além das competências de EESIP desenvolvidas e referidas no ponto anterior, foi possível, ao longo do decorrer do mestrado e respetivas práticas clínica, a aquisição de um conjunto de ferramentas associadas ao grau de mestre.

Segundo o Capítulo III do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, que diz respeito aos cursos de mestrado, à atribuição do grau de mestre e ao acesso a este mesmo grau académico nas instituições de Ensino Superior em Portugal. O Artigo 15.º do mesmo capítulo refere que “O grau de mestre é conferido aos que demonstrem: a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; (...)”. Analisando este ponto a e suas alíneas, é possível comprovar que, através do curso de mestrado e a própria elaboração do relatório de estágio, demonstram o aprofundamento e aquisição de conhecimentos adquiridos previamente na licenciatura em enfermagem, bem como a elaboração do relatório de estágio e *Scoping Review* realizada no contexto do Mestrado, como trabalhos originais e com potenciais ramificações na área da investigação em enfermagem.

Continuando no mesmo Artigo, é ainda necessário que o indivíduo demonstre “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidade éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”. Como referido anteriormente, foi sempre o meu desejo tornar-me EESIP pelo meu gosto na área da Pediatria e pelas crianças, de forma geral. Por nunca

ter exercido na área que sempre ambicionei, este curso e consequentes práticas clínicas foram desafios de uma complexidade aumentada, pelas diversas situações clínicas que surgiram ao longo do percurso e pela inexperiência na área, contribuindo, grandemente, para o desenvolvimento das competências e o aumento do gosto pela especialidade. A Saúde Infantil e Pediátrica é um mundo cheio de situações únicas e de diferentes graus de especificidade e complexidade, não sendo possível encontrar duas situações perfeitamente iguais, pelo que é necessária uma capacidade de adaptação e destreza mental e profissional de forma a contribuir para o bem-estar da criança e família ao nosso cuidado, satisfazendo as suas necessidades específicas. Este relatório de estágio e todos os trabalhos incluídos revelam o trabalho árduo e a comunicação de todos os conhecimentos, reflexões e capacidades adquiridas ao longo do percurso e que serão, sem dúvida alguma, úteis no meu futuro enquanto mestre e EESIP a trabalhar na área que sempre ambicionei.

Por último, o Artigo 15º. refere que o grau de mestre é conferido numa especialidade que, posteriormente, poderão ser desdobradas em áreas de especialização consoante a necessidade. A enfermagem cumpre este último critério, já que é uma área do ramo da Saúde com diversas áreas de especialidade e de especialização.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do relatório de estágio propiciou a oportunidade de sintetizar os objetivos específicos desenvolvidos nos diferentes contextos de estágio, as competências desenvolvidas e as atividades que ajudaram a atingir os objetivos pretendidos. De modo a organizar o relatório, decidi dividir as competências específicas de EESIP nos diferentes domínios das competências comuns de enfermeiro especialista. Por não trabalhar na área da Saúde Infantil e Pediátrica, os diferentes contextos de estágio e suas aprendizagens foram extremamente enriquecedoras e permitiram um vislumbre do meu futuro profissional.

O período teórico do curso de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica forneceu uma ampla variedade de conhecimentos teóricos e essenciais para o estágio e seu sucesso. Por esse motivo, foi possível integrar estes conhecimentos na prática e compreendendo as situações específicas da área, a sua complexidade e, posteriormente, permitindo a resolução de problemas que foram surgindo. Esta área tão específica de enfermagem tem a particularidade de cuidar, não só do utente pediátrico, mas também da sua família, considerando os pais/cuidadores como parceiros nos cuidados já que conhecem melhor a criança/jovem do que nós. É fundamental contar com os pais para garantir o sucesso das nossas intervenções, contribuindo para a resolução da situação que põe em causa a vida da criança e conduzir a ganhos de saúde para todos. É nossa função, enquanto EESIP, apoiar a criança/jovem e a sua família ao longo das transições no ciclo vital, promovendo a parentalidade e capacitando-os na aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de novas competências, consoante os estádios de desenvolvimentos e as necessidades em constante mudança da criança/jovem.

Toda a minha intervenção junto das famílias e crianças/jovens teve sempre como base os princípios éticos e morais, tendo sempre presente o Código Deontológico e os princípios que regulam a nossa profissão, bem como a legislação em vigor. O respeito pela família e criança/jovem foi um grande foco de atenção, respeitando a sua individualidade, especificidade, planeando e executando cuidados ajustados às suas necessidades e culturalmente sensíveis. Com os diferentes contextos de estágio, tive a oportunidade de experienciar situações únicas e complexas exigindo, de mim, a rápida mobilização de

conhecimentos e resposta rápida em situações de risco de perigo de vida ou instabilidade hemodinâmica, e o aprofundamento da minha capacidade reflexão e juízo crítico, em especial em situações de elevada complexidade.

Por não ter experiência na área, tornou-se fundamental a busca de evidência científica e adaptação da mesma na prática, apoiando o juízo crítico e a minha capacidade de tomada de decisão, ajudando no planeamento dos cuidados, tendo sempre, em atenção a comunicação das informações relativas à minha tomada de decisão à equipa multidisciplinar, recorrendo a linguagem científica.

Entendo, desta forma, que o estágio foi fundamental para o desenvolvimento de competências na área da Saúde Infantil e Pediátrica, na medida em que permitiu a integração do processo de formação e foi um pilar para o processo de aprendizagem, de uma forma global. O desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas e a interação com a família e crianças foram competências que destaco na minha aprendizagem e que reduziram, em muito, a ansiedade e o receio que tinha em alguns dos contextos mais complexos e exigentes. Não foi um percurso fácil, sobretudo numa fase inicial, na gestão do tempo e foi muito importante a tomada de decisão para conseguir gerir e concluir este percurso da melhor forma possível. Foi uma experiência muito positiva, com muitas aprendizagens e que enriqueceu, em muito, a minha prática profissional e contribuiu para o desenvolvimento enquanto pessoa.

Em jeito de conclusão, considero ter atingido os objetivos a que me propus e espero ter sido capaz de demonstrar o percurso e aprendizagens desenvolvidas neste caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. & Tomey, A. M. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. (8th edition). Mosby Elsevier.
- Andrade, K., Freitas, F., Marques, D., Lucena, A., Costa, K. & Costa, M. (2015). Comunicação Terapêutica: Instrumento Básico do Cuidado em Crianças Hospitalizadas. *Revista Enfermagem UFPE*, 9(11), 9784-9792. DOI: 10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201519
- Andrade, L., Martins, M., Ângelo, M. & Martinho, J. (2014). A família na vivência da gemelaridade – revisão sistemática. *Texto contexto – enferm.*, 23(3), 758-66. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002950013>
- Andrade, L., Martins, M., Ângelo, M., Santos, A. & Martini, J. (2014). Identificação dos efeitos dos filhos nas relações familiares. *Acta Paul Enferm.*, 27(4), 385-91. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400064>
- Aparício, M., Bragança, J., Ferreira, J. & Rodrigues, C. (2015). Apoio ao Luto em Familiares de Clientes em Cuidados Paliativos. *Hospital da Luz*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfremagem/HospitalLuz_ApoioLutoFamiliaresClientesCuidadosPaliativos.pdf
- Bordin, T. (2000). *O cuidado que influencia o ser em desenvolvimento: a enfermagem, a criança e a família na sala de vacinas* [Master's thesis, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/78855/174233.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R. & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Ata Pediatr Port.*, 1(37), 1-4. http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_3_7_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatrica.pdf

- Camelo, S. H. H. & Angerami, E. L. S. (2013). Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 22(2), 552-560. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034>
- Canadian Paediatric Society Statement. (2001). *Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss*. Canadian Paediatric Society Statement. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807762/>
- Coelho, P. B. A. (2011). *Determinantes da morbimortalidade perinatal na gravidez gemelar* [Master's Thesis, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira]. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Biblioteca da Saúde da Mulher e da Criança. http://teses.iciict.fiocruz.br/pdf/Paula_Coelho.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE®. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf~
- Crowe L., Embleton N. & Rankin J. (2015). Investigating available resources on loss from a multiple pregnancy to inform practice. *Infant*, 11(4), 123-126. https://www.researchgate.net/publication/280088781_Investigating_available_resources_on_loss_from_a_multiple_pregnancy_to_inform_practice
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: I série-A, n.º 205. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2006). Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24, páginas 2242-2257. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República: II série, n.º 28. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

- Direção Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Direção Geral da Saúde.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E. & Negri, E. C. (2018). *O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1842-1853.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>
- Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemp Nurse*, 34(2), 140-148. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.34.2.140>
- Guimarães, M. & Silve, L. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro.
<https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Grupo de Trabalho – Serviço de Urgência. (2019). *Relatório Grupo de Trabalho – Serviços de Urgência*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A2ncias.pdf>
- Hayes L., Richards J., Crowe L., Campbell C., Embleton N. & Rankin J. (2015). Development of guidelines for health professionals supporting parents who have lost a baby from multiple pregnancy. *Infant*, 11(5), 164-166.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807762/>
- Haward, M., Lantos, J. & Janvier, A. (2020). Helping Parents Cope in the NICU. *Pediatrics*, 145(6), 255-260.
<https://pediatrics.aappublications.org/content/145/6/e20193567>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª edição). Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Inquérito à Fecundidade – 2019*. Instituto Nacional de Estatística.

https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=467568911&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas Demográficas – 2019*. Instituto Nacional de Estatística.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=71882686&PUBLICACOESmodo=2

International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. International Council of Nurses.

https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Khalil, A., Lewi, L. & Lopriore, E. (2021). *Twin and Higher-order Pregnancies*. Springer Nature Switzerland AG.

Kehoe, A., Dempster, M., McManus, J. & Lewis, S. (2016). Stress and coping in parents of newly born twins. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, 37(3), 110-8.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1175427>

Kohlsdorf, M. & Costa Junior, A. (2013). Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. *Estudos de Psicologia Campinas*, 30(4), 539-552.
<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/9zznttLypzF44hkWVHpYCBH/?format=pdf&lang=pt>

Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro do Ministério da Saúde (2012). Diário da República: I série, n.º 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro do Ministério da Saúde (2009). Diário da República: I série, n.º 178. <https://files.dre.pt/1s/2009/09/17800/0625406255.pdf>

Lino, C. C. T. S., Wellichan, D. S. P. & Mendonça, M. M. (2020). Desenvolvimento de uma criança com síndrome de patau em um centro de atendimento especializado em surdocegueira. *Temas em Educ. e Saúde*, 16(1), 215-231.
<https://doi.org/10.26673/tes.v16i1.13743>

Martinez, E., Tocantins, F. & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha Enferm.*, 34(1): 37-44.

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/YyxCXKQC7mp8PJzrzDZHXRQ/?format=pdf&lang=pt>

- Martins, M.M., Ângelo, M., Martinho, J. & Andrade, L. (2014). A saúde mental na parentalidade de filhos gémeos: revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 1*, 109-116.
<http://hdl.handle.net/10400.26/36821>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- Montenegro, C. & Filho, J. (2017). *Rezende Obstetrícia*. (13ª edição). Editora Guanabara Koogan Ltda.
- Noreña, A. & Juan, L. (2008). El contexto de la interacción comunicativa. Factores que influyen en la comunicación entre los profesionales de enfermería y los niños hospitalizados. *Cultura de los Cuidados*, 12(23), 70-79.
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2008.23.09>
- Nurse, S. & Kenner, C. (2011). Multiples in the Newborn Intensive Care Unit: Parents' and Nurses' Perspectives. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 175-179.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1527336911001401>
- Obedait, H., Bond, E. & Callister, L. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730907/>
- Oliveira, L. M. N., Queirós, P. J. P. & Castro, F. V. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 143-148.
<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica*. Regulamento n.º 422/2018. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Regulamento n.º 190/2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa: Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde: Edição Multiprofissional*. Organização Mundial da Saúde.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9788555268502-por.pdf;sequence=32>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Robbins, S. P. & Judge, T. A. (2013). *Organizational behavior*. (15th edition). Pearson Education, Inc.
- Santos, J. & Portella, S. (2014). A comunicação como ferramenta do enfermeiro na adesão ao tratamento do paciente pediátrico. *Atualiza Cursos*, 1-11.
<http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EPN/EPN13/SANTOS-jamile.pdf>
- Schneider, L. R., Pereira, R. P. G. & Ferraz, L. (2020). Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2), 1-18. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300232>
- Sim-Sim, I., Silva, A. C. & Nunes, C. (2008). *Linguagem e Comunicação no Jardim-de-Infância*. Lisboa: Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EInfancia/documentos/linguagem_comunicacao_jardim_infancia.pdf
- Soares, C., Rodrigues, M., Rocha, G., Martins, A. & Guimarães, H. (2013). Fim de Vida em Neonatologia: Integração dos Cuidados Paliativos. *Ata Médica Portuguesa*, 26(4), 318-326.
<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2100/3693>
- Together for Short Lives. (2018). *A Guide to Children's Palliative Care* (4th Edition). Together for Short Lives. <https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children%E2%80%99s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf>
- Veiga, S., Bertão, A. & Alarcão, M. (2019). Os primeiros meses na dança relacional mãe-bebé(s): desafios decorrentes da situação gemelar. *INFAD Revista de Psicologia*, 2(1), 83-90. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n2.v2.1743>
- Wenze, SJ., Battle, CL. & Tezanos, KM. (2015). Raising multiples: mental health of mothers and fathers in early parenthood. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 163-76. DOI: 10.1007/s00737-014-0484-x

APÊNDICES

**APÊNDICE I – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA
PARENTALIDADE NA CONDIÇÃO DE GEMELARIDADE: *SCOPING REVIEW***



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa

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

Intervenções de Enfermagem na Promoção da Parentalidade na Condição de Gemelaridade: *Scoping Review*

Unidade Curricular de Enfermagem Pediátrica

Por

Ana Catarina Simões nº192020037

Samantha Rodrigues nº192020078

Lisboa

Junho, 2021



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa

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

Intervenções de Enfermagem na Promoção da Parentalidade na Condição de Gemelaridade: *Scoping Review*

Revisão de Literatura apresentada à Universidade Católica Portuguesa de Lisboa no âmbito da
Unidade Curricular de Enfermagem Pediátrica

Sob orientação das Senhoras Professoras Doutoradas Margarida Lourenço

e Sílvia Caldeira

Ana Catarina Simões nº192020037

Samantha Rodrigues nº192020078

Lisboa

Junho, 2021

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Pediátrica do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa.

Foi proposta a elaboração de uma revisão da literatura estruturada e escrita sob a forma de artigo científico. Neste sentido, e após consideração, a temática selecionada foi as Intervenções de Enfermagem na Promoção da Parentalidade na Condição de Gemelaridade.

O artigo foi redigido de acordo com as normas da organização internacional de pesquisa da *Joanna Briggs Institute* presentes no “*JBIManual for Evidence Synthesis*”⁽¹⁾. De forma a mapear o conhecimento existe relativo à promoção da parentalidade gemelar, foi elaborada uma revisão de literatura de âmbito/escopo ou *Scoping Review*,

Assim, de seguida, apresenta-se o artigo “Intervenções de Enfermagem na Promoção da Parentalidade na Condição de Gemelaridade: *Scoping Review*”.

REVISÃO DA LITERATURA: *Scoping Review*

1. **TÍTULO:** Intervenções de Enfermagem na Promoção da Parentalidade na Condição de Gemelaridade: *Scoping Review*.

2. INFORMAÇÃO DOS AUTORES

- 2.1. Samantha Rodrigues, Licenciada em Enfermagem e Pós-Graduada em

Acupuntura. Enfermeira, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca – Serviço de Internamento Pediátrico, Lisboa, Portugal. samanthamenarodrigues@gmail.com

- 2.2. Ana Catarina Simões, Licenciada em Enfermagem. Enfermeira, Centro

Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital Santa Maria, E.P.E., Serviço de Obstetrícia – Internamento de Puérperas. anacatarinasimoes93@gmail.com

3. RESUMO

- 3.1. **Objetivos:** Mapear o conhecimento disponível relativo à promoção da

parentalidade na condição de gemelaridade e identificar quais as intervenções de enfermagem utilizadas na promoção da parentalidade na condição de gemelaridade.

3.2. Introdução: A parentalidade na gemelaridade é entendida como um processo complexo e único, influenciando a dinâmica familiar, e constitui um momento de vulnerabilidade para o sistema familiar. Desta forma, é um foco de intervenção em enfermagem.

3.3. Critérios de Inclusão: Estudos cuja investigação foi dirigida a grávidas, cuja gestação foi gemelar ou de múltiplos fetos e pais ou casais em situação de parentalidade na condição de gemelaridade, realizados em qualquer dos contextos da prestação de cuidados de enfermagem. Foi incluído todo o tipo de literatura, quantitativa, qualitativa, estudos mistos, estudos experimentais, revisões da literatura, bem como literatura cinzenta.

- 3.4. **Metodologia:** Este artigo foi redigido pelas normas da organização internacional

de pesquisa da Joanna Briggs Institute presentes no “*JBIManual for Evidence Synthesis*”⁽²¹⁾. Relativamente ao tipo de artigo, decidiu-se elaborar uma revisão de literatura de âmbito/escopo, nomeadamente uma *Scoping Review*, permitindo mapear o conhecimento existente com base nos seguintes domínios, população, conceito e contexto. A pesquisa para a realização da *scoping review* foi realizada no período de abril a junho de 2021, com recurso aos seguintes motores de busca e bases de dados: EBSCO-HOST (CINAHL *Plus with Full Text*, MEDLINE *with Full Text*), COCHRANE *Database of Systematic Reviews*, Google Académico (SCIELO e RCAAP). Como limitadores foram definidos artigos disponíveis em português, espanhol e inglês.

3.5. Resultados: Os resultados foram extraídos recorrendo a uma tabela elaborada

pelos revisores. Foram localizados 491 artigos, tendo a amostra final incluído 10 artigos que responderam à questão de revisão com base nos critérios de inclusão e exclusão definidos. A investigação encontrada foi maioritariamente qualitativa e dispersa em termos temporais, publicados entre 2006 e 2019. Os estudos abrangem intervenções de cariz grupal e individual, variando os contextos e características das intervenções, fornecendo resposta às perguntas de investigação definidas anteriormente.

3.6. Conclusões: A maior parte dos estudos remeteram para a necessidade de os cuidados de Enfermagem serem iniciados a partir do período pré-natal e individualizados a cada família, tendo em conta as preocupações priorizadas pelos pais. Estes apresentaram um maior risco de desenvolverem depressão, ansiedade e stress parental, pelo que é importante a intervenção precoce pré e pós-natal. Assim, torna-se necessário aprofundar conhecimentos nesta área e investir na investigação para a validação de intervenções que promovam a preparação para a parentalidade na condição de gemelaridade.

4. INTRODUÇÃO

Esta revisão tem como objetivo mapear o conhecimento disponível sobre a preparação para a parentalidade na condição de gemelaridade. Neste sentido, iniciamos este trabalho com uma pesquisa na COCHRANE e Prospero de forma a descobrir a existência de revisões de literatura que pudessem responder à questão de revisão definida. Como resultado foram identificadas duas revisões concluídas disponíveis na COCHRANE que tratavam o tema da gemelaridade. No entanto, por não abordar o tema da parentalidade, foram excluídas desta revisão. Quanto à pesquisa na Prospero foi encontrada uma

revisão de literatura em curso que também foi excluída por não incidir na temática da parentalidade na gemelaridade.

Por ser uma *Scoping Review* procedemos à identificação da população, neste caso: grávidas cuja gestação foi gemelar ou múltipla e pais ou casais em situação de parentalidade na condição de gemelaridade. Relativamente ao contexto optou-se por ser omissivo, sendo possível incluir qualquer contexto onde ocorram cuidados de Enfermagem à população definida. Quanto ao conceito foi definido a parentalidade na condição de gemelaridade.

Desta forma, procedeu-se à descrição de conceitos fundamentais na elaboração desta revisão.

A parentalidade refere-se à realização de atividades, num ambiente seguro, que assegurem a sobrevivência, promovam o desenvolvimento da criança e a sua independência.⁽²⁾ A Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1990, preconiza, no artigo nº 27, que é da responsabilidade parental ou do cuidador assegurar as condições necessárias ao desenvolvimento da criança, de acordo com as suas capacidades e recursos financeiros disponíveis.⁽³⁾ É um processo contínuo que se desenvolve ao longo do ciclo da vida e se transforma ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança. A forma como os pais desempenham o seu papel e o grau de compromisso dos mesmos na relação, assim como a influência da sociedade e o tipo de apoio familiar que os rodeia, são condicionantes da parentalidade e a forma como a vinculação afetiva no binómio pais-criança se estabelece.^(4,5)

Recorrendo ao modelo integrativo de Hoghughi (2004), é possível compreender as dimensões da parentalidade, subdividindo-as em: atividades parentais (necessárias para praticar uma parentalidade eficaz); áreas funcionais (principais características do desenvolvimento da criança) e pré-requisitos (conjunto de especificidades necessárias para a prática do papel parental).⁽⁶⁾

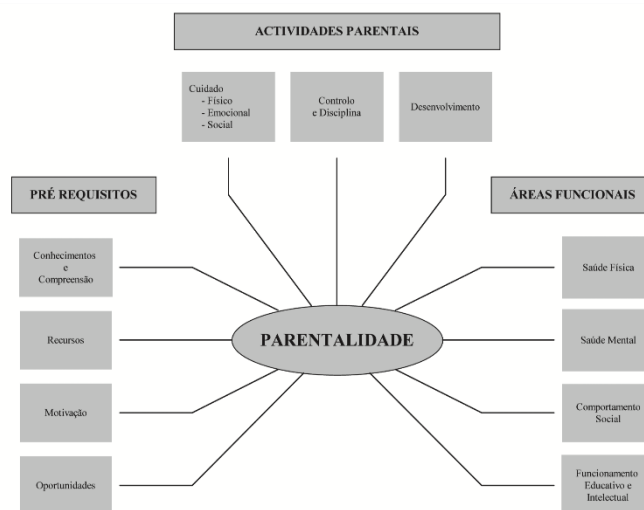


Fig. 1. Dimensões da parentalidade. Adaptado de Hoghughi (2004)⁽⁶⁾

No que diz respeito às atividades parentais, estas dizem respeito às dimensões do cuidado, disciplina e desenvolvimento que têm como objetivo a promoção de situações positivas na criança, prevenindo potenciais dificuldades que desencadeiem o sofrimento na mesma. Quanto às áreas funcionais, estas estão relacionadas aos fatores do desenvolvimento da criança, os quais exigem atenção parental, tais como: saúde física, saúde mental, comportamento social e o funcionamento educativo e intelectual da criança. Por fim, são apresentados os pré-requisitos necessários para o desenvolvimento do exercício parental, onde se incluem o conhecimento e compreensão, recursos, motivação e oportunidade. ⁽⁶⁾

Por outro lado, existem determinantes do comportamento dos pais, desde determinantes de cariz social a psicológicos, associados entre si e que podem influenciar o funcionamento parental. O modelo socio-contextual da parentalidade sintetiza alguns determinantes que podem condicionar o exercício da parentalidade, o qual é apresentado de seguida. ⁽⁶⁾

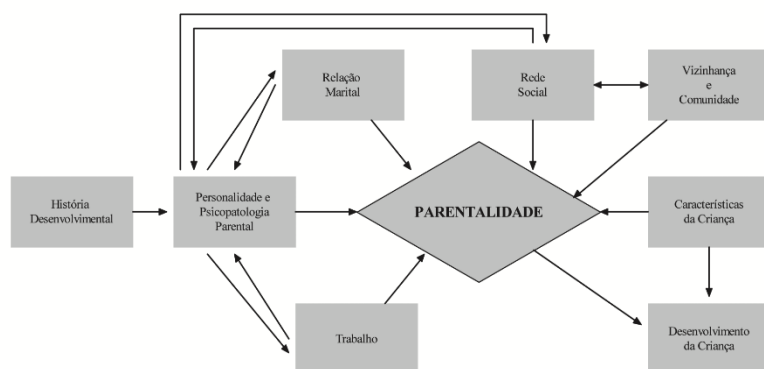


Fig. 2. Modelo de Belsky: determinantes da parentalidade. Adaptado de Belsky (1984), Belsky e Vondra (1989) e Belsky e Jafée (2006) ⁽⁶⁾

O modelo de Belsky propõe que a parentalidade é influenciada por 3 diferentes condicionantes: as condições individuais dos pais, como a personalidade e psicopatologia parental; as características individuais da criança; e os fatores do contexto social, onde a relação pais-criança se estabelece, como no caso das relações maritais, do trabalho dos pais e da rede de suporte social. Em resumo, o modelo demonstra que as histórias desenvolvimentais dos pais, o seu relacionamento conjugal e posição profissional influenciam as personalidades e estado psicopatológico, que, de certa forma, influencia o exercício de parentalidade, apresentando efeitos no desenvolvimento infantil. Destaca-se ainda a influência que a vizinhança e a comunidade podem ter ao nível social e contextual no desempenho do papel parental. ⁽⁶⁾

Segundo o Artigo nº.1878 do Código Civil, consta que compete aos pais agir no melhor interesse dos seus filhos e velar pela sua segurança e saúde, todavia estes devem ter em conta a opinião dos mesmos e reconhecer-lhes a autonomia que lhes é devida. Contudo, caso a responsabilidade parental não se verifique, cabe ao enfermeiro agir no benefício direto do menor: ⁽⁷⁾

De acordo com os descritores em ciência da saúde (DeSC) e *medical subject headings* (MeSH) de 2021, o conceito de gémeos, *twins*, define-se como sendo dois indivíduos originados de dois fetos que foram fertilizados simultaneamente e desenvolveram-se em conjunto no mesmo útero, nascendo da mesma mãe. A gemelaridade pode ser classificada em dois tipos. Gemelaridade monozigótica é aquela que traduz dois descendentes originados da mesma gravidez, os quais provêm de um único óvulo fertilizado, tendo-se o mesmo dividido em dois embriões e é caracterizada pelos gémeos serem geneticamente idênticos e do mesmo género. A gemelaridade dizigótica difere da anterior, na medida em que provêm de dois óvulos fertilizados por dois espermatozoides em simultâneo e caracteriza-se pelos gémeos serem geneticamente distintos, podendo ser de géneros diferentes. Relativamente ao conceito de parentalidade, *parenting*, este é definido pelos descritores anteriormente mencionados como sendo a prática do exercício do papel parental, seja pelos pais biológicos ou cuidadores, caracterizando-se pelo cuidado, alimento e proteção prestado ao(s) filho(s). ^(8,9)

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, entre 2018 e 2019, a proporção de nados-vivos resultantes de partos gemelares diminuiu. Contudo, em 2019, verificou-se que as percentagens de nados-vivos resultantes de partos gemelares em mães com idade superior a 30 anos eram elevadas quando comparada com a média nacional ⁽¹⁰⁾. Estes dados requerem a nossa atenção, pois estão também associadas às gestações gemelares o risco de parto prematuro, baixo peso à nascença e possíveis compromissos no desenvolvimento das crianças durante a primeira infância. ^(2,11)

A parentalidade é um momento de especial vulnerabilidade pela mudança nos papéis e alterações inevitáveis nas relações estabelecidas entre os diferentes elementos da família. Por este motivo, é importante entender o conceito de transição e o papel do enfermeiro no apoio ao indivíduo e família na condução para uma vivência de transição saudável.

Afaf Meleis introduz a Teoria das Transições em 1994, uma teoria de médio alcance que estuda as diferentes transições ao longo do ciclo de vida, e a influência que têm na saúde das pessoas envolvidas. Segundo Meleis, “as transições são despoletadas por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou ambientes”. ⁽¹²⁾ A transição inicia-se a partir do momento em que é antecipada, sendo um processo dinâmico e desencadeado pela mudança, envolvendo a passagem de um estado relativamente estável

para outro igualmente seguro. O processo de transição é caracterizado por diferentes estádios dinâmicos, metas e focos de alteração, podendo ser definido por um processo ou objetivos terminais. ^(12,13)

Pela qualidade e especificidades inerentes à enfermagem, a Teoria de Transições é importante e aplicável nos cuidados, já que o enfermeiro lida com indivíduos e famílias que atravessam momentos de transição, que podem influenciar o seu estado de saúde, bem-estar geral e capacidade de cuidar de si mesmos. Mais ainda, a enfermagem transaciona com o ambiente que influencia, potencia ou condiciona as transições do indivíduo, família e/ou comunidade. ⁽¹²⁾ A transição pode, ainda, trazer mudanças no estado de saúde, nas relações e desempenhos de papéis, expectativas e capacidades dos indivíduos. ^(12,13)

Apesar de ser um processo natural, as transições nem sempre são saudáveis. Meleis define três tipos de transições. A transição saudável ocorre quando surgem novos comportamentos, sentimentos e símbolos associados a um novo papel. A transição ineficaz, por outro lado, sucede quando esta vai no sentido da vulnerabilidade e risco, com capacidade de resistência aos novos papéis e significados que advêm dessa transição. Por último, a insuficiência do papel, que consiste na dificuldade para desempenhar determinado papel e cujos comportamentos derivam do não cumprimento de expectativas. ^(12,13)

Meleis define, ainda, as transições em que o papel dos enfermeiros é essencial: as transições desenvolvimentais, que incluem as alterações de papéis desempenhados pelo indivíduo/família em questão, como o casamento e parentalidade; as transições situacionais, que envolvem a adição, subtração de elementos no meio com consequentes modificações e redefinições dos papéis de cada um e alterações nas relações estabelecidas e as transições de processo saúde-doença que podem ser influenciadas pela diversidade cultural e dizem respeito à passagem repentina ou gradual de uma situação de saúde para doença e vice-versa. Nesta situação, o indivíduo não deve ser visto como uma unidade isolada, mas sim como um sistema e devemos ter em conta as alterações que sofrem na prestação de cuidados apropriados e que apoiem a transição. ^(12,13)

A transição para a parentalidade tem sido alvo de inúmeros estudos por parte da comunidade científica. É um processo complexo e interfere com as dinâmicas familiares, com o ajustamento de papéis necessários, com a inclusão de um novo elemento no sistema já desenvolvido e com relações já estabelecidas. Neste sentido, a gemelaridade que, por si só, já representa uma situação de grau ainda mais complexo, por tratar-se de dois ou mais filhos, acrescenta uma nova dificuldade à difícil adaptação à parentalidade, em especial se foram pais de primeira viagem. A condição de gemelaridade apresenta, desta forma, um desafio importante para a dinâmica familiar e pode evidenciar e criar novas vulnerabilidades que precisam de ser colmatadas. A sobrecarga de trabalho, a necessidade de prestar

cuidados constantes aos filhos, a falta de horas de sono e descanso e a adaptação do casal à condição de parentalidade, são fatores que podem influenciar negativamente no processo de transição adequado à parentalidade, no caso da gemelaridade. ⁽¹⁴⁾

5. QUESTÃO DE REVISÃO: Qual o conhecimento disponível na preparação para a parentalidade na condição de gemelaridade? Quais as intervenções de enfermagem disponíveis para a promoção da parentalidade na condição de gemelaridade?

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: De acordo com as indicações da organização internacional de pesquisa da *Joanna Briggs Institute* presentes no “*JBIManual for Evidence Synthesis, 2020*” ⁽¹⁾, a presente *Scoping Review* assenta em três critérios de inclusão previamente definidos: a população, o conceito e o contexto. O objetivo desta *Scoping Review* incide em mapear o conhecimento disponível sobre a preparação para a parentalidade na condição de gemelaridade.

Neste sentido, relativamente ao tipo de participantes, foram consideradas grávidas, cuja gestação foi gemelar ou de múltiplos fetos e pais ou casais em situação de parentalidade na condição de gemelaridade. No que diz respeito ao conceito, foram incluídos estudos cuja investigação foi dirigida a humanos em situação de parentalidade em condição de gemelaridade ou de múltiplos fetos e estudos que sugeriam uma intervenção promotora de uma parentalidade eficaz nesta condição. Quanto ao contexto, considerou-se ficar em omissão, de modo a abranger qualquer um dos contextos da prestação de cuidados de Enfermagem (cuidados de saúde primários ou internamento hospitalar).

Relativamente ao tipo de fontes, foi incluído todo o tipo de literatura científica existente (estudos observacionais qualitativos, quantitativos, estudos mistos, estudos experimentais, revisões de literatura, dissertações de mestrado ou doutoramento). Foram excluídos artigos de opinião e estudos onde a investigação foi dirigida à condição de gemelaridade em participantes não humanos.

7. METODOLOGIA

7.1. Estratégia de pesquisa: De acordo com as indicações da organização internacional de pesquisa da *Joanna Briggs Institute* presentes no “*JBIManual for Evidence Synthesis, 2020*” ⁽¹⁾, deve ser seguida uma estratégia de pesquisa onde constem três etapas e as quais foram realizadas no transcurso de abril a junho de 2021.

Na primeira etapa foi realizada uma pesquisa inicial sobre a temática nas seguintes bases de dados relevantes para o tópico, nomeadamente: EBSCO-HOST (CINAHL *Plus with Full Text*, MEDLINE *with Full Text*); COCHRANE (*Database of Systematic Reviews*); Google Académico (SciELO e RCAAP).

Na segunda etapa foram consultados, para validação, os seguintes descritores MeSH: *Parenting, Parents, Parenthood, Pregnant Woman, Multiple Pregnancy, Pediatric Nurse e Midwifery*. Na pesquisa realizada no Google Académico foram utilizados os descritores *Parentalidade Gemelar e Enfermagem*. Como operadores booleanos foram utilizados “AND” e “OR”. Como limitadores foram definidos artigos disponíveis em português, espanhol ou inglês.

Relativamente à terceira etapa, referente à análise das referências bibliográficas dos artigos encontrados para identificação de estudos adicionais, foi considerado pertinente examinar o seu conteúdo e, se relevante para a temática da revisão, incluir na mesma.

O processo da seleção dos artigos para a *Scoping Review* baseou-se, inicialmente, na escolha dos artigos tendo em conta o título, seguidamente à leitura dos resumos/*abstract* e, posteriormente, procedeu-se à leitura do texto integral dos artigos selecionados com base nos critérios de inclusão e exclusão anteriormente definidos.

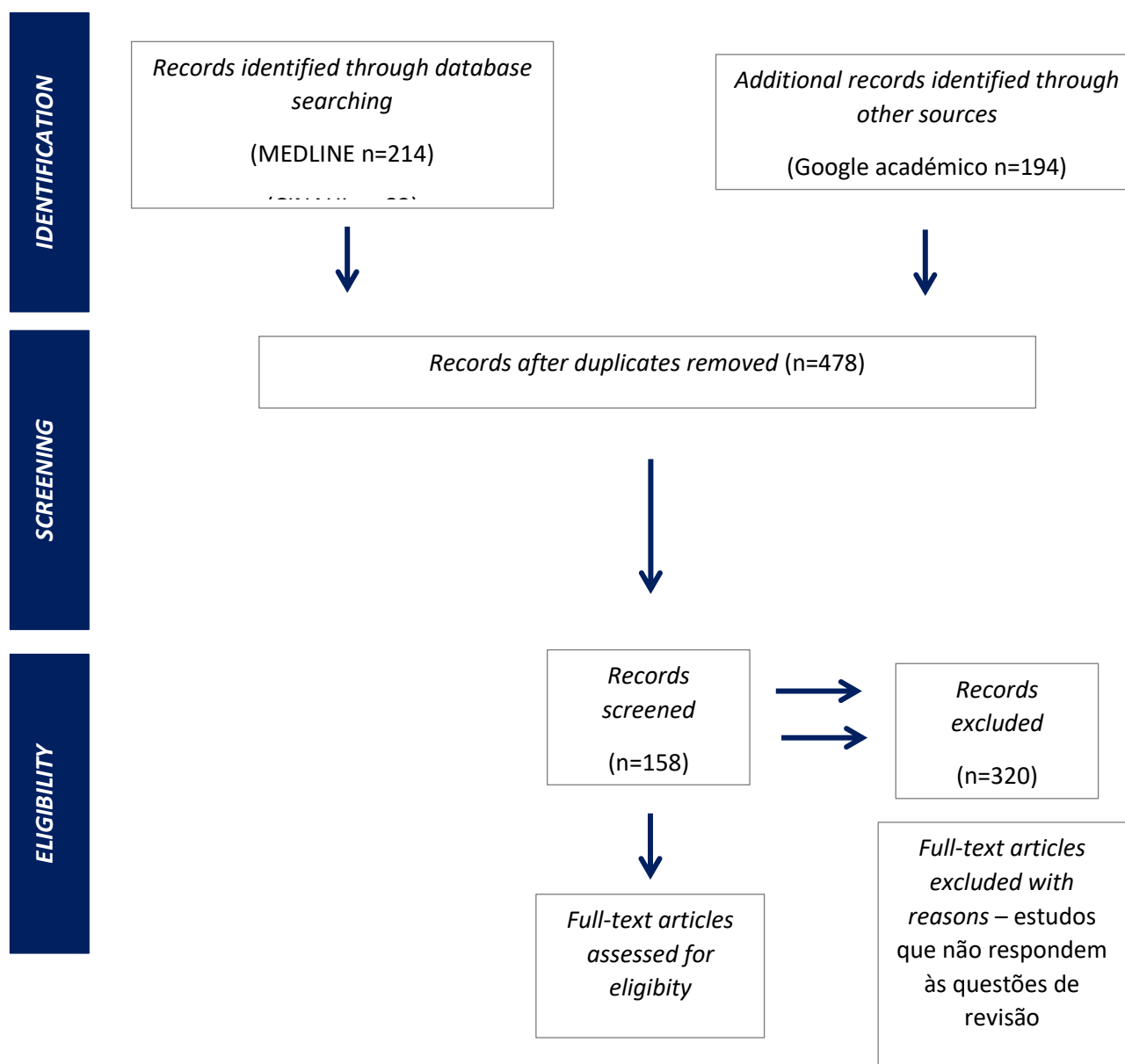
De seguida, é apresentado o fluxograma PRISMA, adaptado a partir do *JB1 Manual for Evidence Synthesis*, 2020 ⁽¹⁾. Este demonstra as diferentes etapas da pesquisa elaborada e respetivos resultados. De forma resumida, numa pesquisa inicial utilizando as palavras-chave “*multiple pregnancy*”, “*parents*” ou “*parenthood*” ou “*parenting*”, “*midwifery*” e “*pediatric nursing*” nos diferentes motores de busca e bases de dados científicas.

Na primeira pesquisa elaborada, foram obtidos 491 artigos potencialmente relevantes para a revisão. Após revisão, foram retirados 13 artigos por se encontrarem duplicados nas diferentes bases de dados referenciadas acima, resultando num total de 478 artigos disponíveis. Procedeu-se, de seguida, à leitura dos títulos e à exclusão de 320 artigos, reduzindo o total para 158.

Os 158 artigos resultantes foram submetidos a leitura dos resumos/*abstract* e, tendo em conta os critérios de inclusão definidos, foram selecionados 25 que, de seguida, foram lidos na integridade. Após esta leitura, 15 foram excluídos e os 11 selecionados respondem às questões de investigação “Qual o conhecimento disponível na preparação para a parentalidade na condição de gemelaridade?” e “Quais as intervenções de enfermagem utilizadas na promoção da parentalidade na condição de gemelaridade?”.

Assim, os artigos selecionados para a revisão foram 10, retirados das bases de dados: EBSCO-HOST (1 artigo da MEDLINE *with full-text*, 5 artigos da CINAHL *with full-text*), Google acadêmico (3 artigos da SciELO e 1 artigo do RCAAP). Posteriormente, foi realizada uma pesquisa na COCHRANE *database of systematic reviews* que revelou a existência de 2 revisões concluídas na temática, mas, no entanto, não corresponderam aos critérios de inclusão definidos, pelo que foram excluídos.

De seguida é apresentado o fluxograma PRISMA adaptado ao processo de pesquisa para a revisão de escopo.



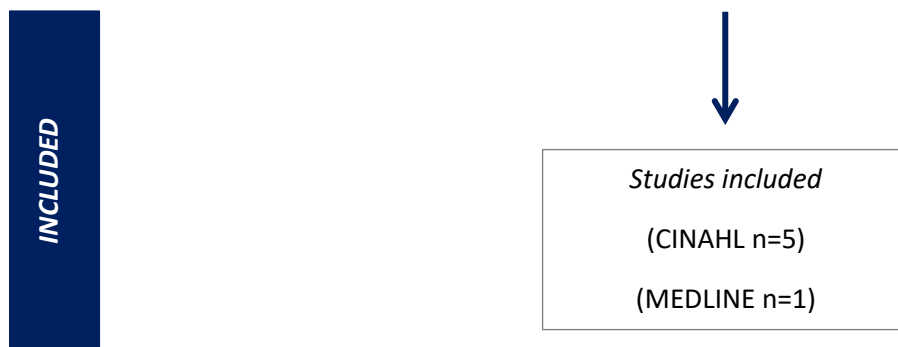


Fig. 3. Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos

7.2. Extração e Análise dos resultados

Para dar resposta à questão de revisão recorreu-se à elaboração de uma tabela criada pelos revisores a qual se apresenta a seguir. Este quadro sintetiza as informações pertinentes de cada artigo incluído para a revisão, nomeadamente: o nome do estudo; os autores, ano e país de publicação; o desenho do artigo; os objetivos; os resultados e as conclusões.

Nº Estudo	Autores/Ano/País Origem	Desenho	Objetivos	Resultados	Conclusões
Os primeiros meses na dança relacional mãe-bebé(s): desafios recorrentes da situação gemelar	Sofia Veiga, Ana Bertão, Madalena Alarcão (2019, Portugal)	Estudo quantitativo	- Investigar a relação entre o vínculo que a mãe estabelece com os filhos gémeos; - Investigar a diferenciação que a mãe faz dos gémeos e o seu impacto na vinculação.	- As complicações clínicas que podem acontecer após o nascimento dos gémeos influencia a relação estabelecida entre a mãe e os bebés; - A morte de um dos bebés e a necessidade de cuidados após o parto afeta negativamente o estabelecimento do vínculo; - O internamento de um ou mais bebés na unidade de cuidados intensivos neonatais destrói as idealizações e expetativas que a mãe tinha criado durante a gravidez, levando a sentimentos de frustração e culpabilidade podendo comprometer o equilíbrio emocional materno; - Nestes casos, a mãe pode mostrar desinteresse pelos bebés e a falta de interação e estabelecimento do vínculo pode levar à não resposta dos bebés às interações com a mãe e a não procurarem o seu afeto.	Compreende-se a importância de ajudar as mães de gémeos a ultrapassar incertezas quanto às suas capacidades maternas, encorajando e orientando-as quanto ao modo como podem alimentar, cuidar, estimular e relacionar-se com os seus filhos. Esta ajuda passa por (re)ativar as redes de suporte familiar, pois estudos demonstram que o suporte externo tem um efeito positivo na interação mãe-bebé, especificamente nos casos de prematuros. Assim, cabe aos profissionais identificar a relação de vinculação estabelecida entre mãe, bebés e família, pois esta parentalidade experiencia inúmeros desafios, dos quais se destaca a capacidade de olhar para as crianças como sujeitos individuais e de os tratar de forma diferenciada, promovendo as suas identidades e individualidade.

Stress and coping in parents of newly born twins	Anne Kehoe, Martin Dempster, Joanne McManus e Sheena Lewis (2016, Reino Unido)	Estudo transversal	- Identificar os fatores associados ao stress parental de gémeos recém-nascidos, recorrendo ao Modelo Transacional de Stress.	- Não foram verificadas diferenças entre os pais de gémeos de gravidez espontânea e os de gravidez por fertilização medicamente assistida; - A interação social, a rede de apoios, a relação conjugal e adaptação à gemelaridade são fundamentais na redução do stress associado à parentalidade gemelar; - O risco de desenvolver depressão é menor se os recém-nascidos corresponderem às expectativas dos pais.	Os pais de recém-nascidos gémeos devem ser considerados um grupo de risco que experiencie sofrimento parental. De modo a diminuir este sofrimento, é essencial desenvolver intervenções que visem dar resposta ao stress parental. Para isso, é preciso promover a consciência entre os profissionais de saúde da linha da frente que uma gravidez gemelar aumenta a vulnerabilidade emocional da mãe. Assim, estes profissionais são os que têm um maior contato com os pais. Quanto às intervenções abrangem desde o aconselhamento pré e pós-natal, até desenvolve grupos de ajuda que procurem promover o bem-estar emocional destes pais.
Development of guidelines for health professionals supporting parents who have	Louise Hayes, Judy Richards, Lisa Crowe, Claire Campbell, Nicholas D. Embleton e Judith Rankin (2015, Reino Unido)	<i>Guidelines</i>	- Desenvolvimento de <i>guidelines</i> para orientar as intervenções dos profissionais de saúde no suporte aos pais após a morte de um bebé	- A perda de um bebé de uma gravidez múltipla e a sobrevivência de outro(s) gere sentimentos contraditórios. Por um lado, o luto e a tristeza, pela perda do bebé e, por outro, a alegria pela sobrevivência do(s) outro(s); - O reconhecimento do estatuto de gemelaridade/gestação múltipla com a utilização de um símbolo na	Estas <i>guidelines</i> foram desenvolvidas para orientar e guiar os profissionais de saúde a intervir nos pais que perderam uma criança fruto de gestação múltipla.

lost a baby from a multiple pregnancy			de gestação múltipla.	incubadora (uma borboleta, por exemplo) ajuda a identificar pais que tenham perdido um ou mais bebés de uma gravidez múltipla; - O reconhecimento da perda é essencial para os pais, já que permite a reflexão sobre a perda que sofreram; - O estabelecimento de uma relação de empatia entre pais e profissionais de saúde, permite a verbalização de sentimentos e o apoio emocional que, muitas vezes, necessitam; - É importante transmitir as informações importantes aos pais, dando oportunidades para aceder à mesma e apoio numa base diária, promovendo a participação na tomada de decisões; - É essencial proporcionar uma continuidade de cuidados, mantendo os profissionais já conhecidos dos pais e, quando necessário, transmitir as informações aos colegas de forma a garantir esta continuidade e assim, evitar terem que referir repetidamente o episódio da morte do filho a diferentes pessoas; - A preparação para o momento da alta hospitalar pode ser um período de grande stress e ansiedade, pelo que é essencial a comunicação de informação aos serviços da	
---------------------------------------	--	--	-----------------------	--	--

				comunidade que prestarão apoio à família.	
A família na vivência da gemelaridade de – revisão sistemática	Luísa Andrade, Maria Manuela Martins, Margareth Ângelo e Júlia Martinho (2014, Brasil)	Revisão sistemática	- Conhecer a experiência parental de famílias com gémeos; - Identificar os fatores que condicionam as suas experiências parentais.	- Foco na vivência das mães de gémeos. Maior risco de stress, depressão e exaustão, diminuição do bem-estar; - O suporte conjugal e a adaptação do casal são focos importantes para o bem-estar e um bom funcionamento familiar; - Os cuidados de Enfermagem devem ser dirigidos a partir do diagnóstico da condição de gemelaridade; - Os cuidados de Enfermagem no puerpério domiciliar aumentam a segurança e autoconfiança da mãe, contribuindo para uma melhor adaptação.	Centrar a informação nas necessidades identificadas na parentalidade na condição de gemelaridade. Foi salientada a necessidade de prestação de cuidados de enfermagem dirigidos a estas famílias, considerando ser uma área onde ainda é preciso desenvolver estudos, que capacitem e desenvolvam estratégias facilitadoras para estas famílias, tendo em conta os seus diferentes contextos e culturas.
A saúde mental na parentalidade de de filhos gémeos – revisão da literatura	Manuela Martins e Margareth Ângelo (2014, Portugal)	Revisão sistemática	- Conhecer os riscos para a saúde mental dos pais na gemelaridade; - Identificar os fatores psicossociais que influenciam a experiência parental na gemelaridade.	- O bem-estar da mãe durante a gravidez e o apoio do parceiro são fundamentais para a prevenção do stress materno, da depressão pós-parto e uma melhor adaptação à parentalidade gemelar; - Os fatores que influenciam a saúde mental das mães incluem os níveis de stress no pré e no pós-parto, a ansiedade na vinculação com os bebés, a adaptação do casal à	A parentalidade na gemelaridade carece de preparação e suporte pré-natal. A eficácia dos cuidados depende da identificação das dificuldades vivenciadas por estes pais, sendo possível estabelecer um plano de cuidados direcionado às necessidades identificadas nestas famílias e, assim,

				parentalidade gemelar, o trabalho de parto e o tempo de gravidez, bem como as possíveis complicações associadas ao parto pré-termo.	promover uma melhor saúde mental familiar.
Identificação dos efeitos dos filhos nas relações familiares	Luísa Andrade, Maria Manuela Martins, Margareth Ângelo, Alzira Santos e Jussara Martini (2014, Brasil)	Estudo transversal	- Identificar os efeitos que os filhos têm nas relações familiares; - Identificar a priorização de preocupações dos pais com e sem filhos gémeos.	- As preocupações priorizadas por ambos os grupos foram: diminuição das horas de sono, cansaço, necessidades económicas, aumento das tarefas domésticas e stress associado ao papel e responsabilidades; - A dimensão financeira e as implicações na vida conjugal são preocupações importantes identificadas pelos pais de gémeos, bem como em equilibrar a vida pessoal e profissional.	As principais preocupações parentais foram semelhantes em ambos os grupos e relacionaram-se com as questões económicas, excesso de trabalho e responsabilidade dos papéis. Cabe aos enfermeiros identificar as dificuldades e promover estratégias mobilizadoras dos seus recursos.
Raising multiples: mental health of mothers and fathers in early parenthood	Susan J. Wenzel, Cynthia L. Battle e Katherine M. Tezanos (2014, Estados Unidos da América)	Revisão sistemática	- Avaliar a saúde mental dos pais de gémeos durante a gestação, no primeiro ano após o nascimento e nos primeiros anos da parentalidade.	- Na maioria dos estudos, os problemas de saúde mental no pós-parto e nos primeiros anos de parentalidade gemelar são mais preponderantes quando comparados com pais de filhos únicos; - As mães de gémeos são mais vulneráveis a sintomas de patologia mental do que mães de filhos únicos;	Resultados na área da saúde mental no puerpério e primeira infância são, de forma geral, piores em pais de múltiplos comparativamente a pais de criança única. Estes resultados agravam caso a gestação seja superior a dois fetos. Em oposição, não foram evidenciadas quaisquer

				- Os problemas mais comuns são a ansiedade, a depressão e o stress parental; - A diminuição das horas de sono, sono mais fragmentado, a prestação de cuidados e as mudanças de humor dos filhos contribuem para o aumento do cansaço, do encargo financeiro e podem surgir problemas entre o casal; - A parentalidade é um processo difícil, sobretudo quando é de múltiplos e primeiros filhos, exigindo mais tempo e energia dos pais; - A saúde mental dos pais de gémeos não é muito estudada. No entanto, estão documentadas piores depressões, ansiedade e stress parental quando comparado com um pai de filho único.	diferenças entre os resultados da saúde mental no período pré-natal de uma gestação não gemelar e gemelar. Existe uma necessidade em estudar o bem-estar psicológico de parceiros do mesmo sexo e a incidência de surtos psicóticos entre pais de filhos múltiplos, de modo a ser possível estabelecer uma relação causal entre o stress vivenciado pelos pais de múltiplos e os resultados obtidos na área da saúde mental.
A Gemelarida de na Família	Luísa Andrade, Maria Manuela Martins e Margareth Ângelo (2012, Portugal)	Estudo quantitativo transversal	- Identificar as preocupações que os pais de gémeos consideram prioritários; - Identificar diferenças na priorização das preocupações parentais dos pais de gémeos quando comparados com pais com um filho;	- As preocupações mais priorizadas pelos pais de gémeos foram a redução do número de horas de sono e cansaço, as tarefas domésticas aumentadas, as necessidades económicas, o stress individual relacionado com o desempenho de papéis e responsabilidades e a perda de tempo para si e para atividades sociais; - A sobrecarga relacionada com as tarefas domésticas é referida pelos pais de gémeos, pela necessidade de maior envolvimento nestas que, por	De modo a realizar uma intervenção individualizada para cada família é necessário considerar as preocupações parentais, as quais variam consoante as prioridades estabelecidas face às preocupações de cada cônjuge, divergindo no género. Foram identificadas algumas dificuldades gerais sobre a parentalidade na gemelaridade, tais como questões

			- Identificar diferenças na priorização das preocupações parentais entre pais e mães de gémeos.	norma, são atividades atribuídas à mulher; - Um foco de preocupação nas mães de gémeos prende-se com a alteração da imagem corporal; - Ambos os cônjuges referem preocupações pelas condições económicas e dúvidas relativas ao papel parental.	económicas, aumento das tarefas domésticas, cansaço e a falta de horas de sono. Nesta perspectiva, o enfermeiro deve ser facilitador no processo de transição para a parentalidade, informando e orientando, de modo que as famílias desenvolvam estratégias de <i>coping</i> para que a transição seja saudável.
Multiples in the Newborn Intensive Care Unit: Parents' and Nurses' Perspectives	Sharon Nurse e Carole Kenner (2011, Irlanda do Norte)	Revisão da literatura	- Definir as vivências dos pais de gémeos internados numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN); - Definir as vivências dos enfermeiros que trabalham numa UCIN durante a prestação de cuidados aos gémeos e família.	- Os pais têm de lidar com as exigências físicas e psicológicas que advêm dos internamentos dos recém-nascidos na UCIN, em especial com a ansiedade e receios sobre as potenciais alterações no futuro das crianças; - Os enfermeiros têm um papel fundamental no envolvimento do pai durante o internamento dos gémeos na unidade, promovendo e encorajando um papel mais ativo na parentalidade; - De forma a evitar o isolamento social e aparecimento da depressão pós-parto, os enfermeiros podem incentivar a mãe a cuidar de si e recorrer à sua rede de apoio; - A impossibilidade de dar a mesma atenção a ambos os bebés leva a sentimentos de culpa e frustração	Existe um maior risco de stress, depressão e exaustão associado à parentalidade gemelar, levando a alterações nos comportamentos dos pais, o que pode potenciar um desenvolvimento infantil inadequado. É da competência dos profissionais de saúde promover cuidados de qualidade, identificando as necessidades de cada família, o sistema de suporte disponível, durante e após a gestação.

				podendo, em último caso, conduzir ao <i>burnout</i>; - Estratégias como o contacto pele-a-pele, método <i>kangaroo</i> e massagens aos bebés beneficiam a família; - A perda de um gêmeo durante o internamento na unidade pode conduzir a um misto de sentimentos e pode afetar a vinculação; - É necessário apoiar a mãe na decisão e no processo de amamentação, na extração de leite materno ou na decisão de não amamentar; - Os cuidados de Enfermagem devem ser individualizados e específicos a cada prematuro.	
Preparation for parenting multiple birth children	Linda G. Leonard e Jane Denton (2006, Irlanda)	Revisão da literatura	- Preparar os profissionais de saúde para ajudar as famílias na resposta adequada às exigências e desafios da gravidez múltipla e durante os primeiros cinco anos de parentalidade após o nascimento de gémeos ou múltiplos filhos.	- A gestação múltipla é descrita como exigente física e emocionalmente. Os desconfortos associados à gravidez encontram-se, muitas vezes, exacerbados e a necessidade de vigilância é maior; - A perda de um ou mais fetos em qualquer das fases de gravidez é uma vivência devastadora e deve ser reconhecida pelos profissionais de saúde; - A educação e entrega de informação escrita sobre os aspetos únicos da gravidez múltipla e a parentalidade	Uma equipa multidisciplinar treinada e preparada para prestar cuidados específicos à condição de gemelaridade, deve educar e apoiar estes pais, pois só assim será possível melhorar os resultados de saúde de cada membro da família. Tanto as crianças gémeas, como os seus pais, apresentam necessidades únicas que ainda não são compreendidas ou satisfatoriamente atendidas pelos profissionais e serviços de saúde, pelo que é necessário

				são importantes para a preparação dos pais e família; - A amamentação de múltiplos filhos é um desafio grande, podendo ser vista como algo conveniente e fácil, ou como uma situação stressante e perda de tempo; - A amamentação deve ser abordada no período pré-parto, promovendo desta forma o estabelecimento da vinculação entre a mãe e filhos; - Os profissionais de saúde podem promover a vinculação dos pais com os filhos, ajudando-os a identificar semelhanças e diferenças entre eles, reconhecer as preferências de cada um e encorajar o contacto pele-a-pele (indivduação dos recém-nascidos); - O primeiro ano é bastante desafiante para o pai já que tem de equilibrar as suas emoções e as necessidades financeiras e práticas da família; - Os recém-nascidos múltiplos, por nascerem prematuros, têm maior risco de complicações após o nascimento e nos anos seguintes, com atrasos no neuro-desenvolvimento; - Estas crianças podem ver-se privadas da sua individualidade, pelo que é importante estimular este processo precocemente;	promover a investigação nesta área, com o intuito de prevenir problemas e intervir precocemente.
--	--	--	--	---	---

				- Os pais de múltiplos filhos têm maior risco de desenvolver ansiedade e depressão, apresentando maiores níveis de stress pelas exigências inerentes a parentalidade gemelar.	
--	--	--	--	---	--

Tabela1. Extração e análise dos resultados

8. RESULTADOS

A amostra final da revisão resultou em 10 artigos, publicados entre 2006 e 2019, em cinco países diferentes (Portugal, Reino Unido, Brasil, Estados Unidos de América e Irlanda). A investigação encontrada foi maioritariamente qualitativa e dispersa em termos temporais. Os estudos abrangem intervenções de cariz grupal e individual, variando os contextos e características das intervenções.

Os estudos incluíram na sua população grávidas de gestação gemelar ou múltipla, pais ou casais em situação de parentalidade na condição de gemelaridade e crianças gémeas.

No que diz respeito ao conceito, foram incluídos estudos cuja investigação foi dirigida a humanos em situação de parentalidade em condição de gemelaridade ou de múltiplos fetos e estudos que sugeriam uma intervenção promotora de uma parentalidade eficaz nesta condição.

Nos estudos, os contextos identificados foram as unidades de cuidados intensivos neonatais e cuidados em contexto de saúde primários, apresentando-se, por vezes, omissos em alguns dos estudos.

Veiga et al (2019) referem que a maior parte das gestações gemelares são de risco, já que estão frequentemente associadas a prematuridade e o baixo peso à nascença. Para além disto, o período do puerpério a condição de gemelaridade está, em muitos casos, associado a dificuldades vivenciadas na gestão do quotidiano, como a privação das horas de sono, que potenciam o stress e a ansiedade parental. Existe uma sobrecarga dos cuidados prestados às crianças, já que os pais nem sempre conseguem alcançar uma ritmicidade eficaz conjunta, que são responsáveis pela gestão dos períodos de vigília/ sono, horários de amamentação e de higiene dos filhos. Outro desafio vivenciado incide em lidar com as personalidades distintas de cada criança e as necessidades de interação diferentes. Os autores aludem que os pais de gémeos dizigóticos facilmente conseguem individualizar cuidados, já que apresentam diferenças físicas visíveis. No caso dos monozigóticos, existe uma tendência inicial para os pais responderem às necessidades das crianças de forma similar, o que pode levar a um conflito na individualização de cada um. Fatores como as complicações clínicas, estadias na incubadora, patologias associadas à prematuridade e até a morte de um dos gémeos, afetam negativamente o vínculo afetivo que se estabelece na tríade ou díade mãe-bebé, no período do puerpério podendo, no entanto, alterar esta situação ao longo do tempo, salientando-se a importância de existir uma rede de suporte eficaz que promova a vinculação segura entre a mãe e bebés. Por últimos, os autores defendem que os profissionais de saúde são capazes de identificar a relação de vinculação estabelecida entre mãe-bebés e a rede de suporte disponível e intervir quando identificadas respostas inadequadas para com um dos gémeos ou ambos, promovendo a partilha de vivências com outros pais, discutindo mitos, receios e expectativas, o que poderá facilitar o processo de vinculação. ⁽¹⁵⁾

Kehoe et al (2016) fazem referência ao maior número de partos prematuros e baixo peso à nascença nos partos de gémeos. Após o parto, as preocupações e cuidados a ter por parte dos pais duplicam, já que são dois bebés que necessitam de cuidados constantes. Por esse motivo, os pais têm maior probabilidade de sofrer de ansiedade, depressão e stress parental, pela redução das horas de sono, cansaço extremo, falta de tempo pessoal e preocupações financeiras. A depressão é menor quando os filhos correspondem às expectativas dos pais e quando têm uma rede de apoio forte de outros membros da família. O papel do parceiro, enquanto suporte emocional, e dos amigos próximos são fundamentais para os *outcomes* psicológicos experienciados pelos pais de gémeos. Mais importante do que o tipo de suporte disponibilizado é a individualização às necessidades dos pais de gémeos. O temperamento das crianças e a existência de atrasos no desenvolvimento podem condicionar o stress psicológico parental. É notória a necessidade de educação dos profissionais de saúde e intervenção pré e pós-natal para a redução do stress parental ⁽¹⁶⁾.

Hayes et al (2015) explicam que o desenvolvimento de *guidelines* que permitam aos profissionais de saúde apoiar os pais que perderam um ou mais filhos de uma gravidez múltipla é essencial, pela especificidade e complexidade da situação. Por um lado, sofrem a perda de um ou mais filhos desejados e o luto associado à perda e, por outro lado, a felicidade pela sobrevivência do(s) restante(s) filho(s). As estratégias delineadas foram descritas como benéficas pelos pais que sofreram a perda de um ou mais filhos e devem ser aplicadas neste contexto. O não reconhecimento do estatuto de gémeo por parte dos profissionais de saúde é visto como esquecimento e pode ofender ou entristecer os pais. Uma estratégia implementada passa pela utilização de um símbolo (por norma uma borboleta) colocada na incubadora que simboliza que o bebé é gémeo sobrevivente. Não só é útil pois indica à equipa estas situações, mas também aos pais que passam ou passaram pela mesma situação, prevenindo comentários menos apropriados. O reconhecimento da perda é essencial para o processo de recuperação dos pais. Dar a possibilidade de falarem sobre a perda e validar a sua vivência e sentimentos é importante para os pais que, por vezes, sentem que o foco dos profissionais de saúde está no(s) filho(s) sobrevivente(s). Nesta perspetiva, o apoio emocional e a relação estabelecida com os pais enquanto estão na unidade, é essencial, tendo os pais reconhecido, em especial, a empatia e o apoio demonstrado. Fornecer informação adequada e promover a continuidade são dois aspetos identificados pelos pais como importantes, já que, por um lado, permite a sua participação na tomada de decisão e a oportunidade de aceder às informações a qualquer altura e, por outro lado, assegurar a transmissão de informação entre profissionais de saúde de forma a evitar a repetição da história pela parte dos pais e tentar manter rostos familiares na prestação dos cuidados. Outra situação valorizada pelos pais é a possibilidade de criar memórias como fotografias e pequenas lembranças do(s) filho(s) que faleceu/faleceram e dos bebés juntos. Numa fase inicial podem recusar, mas, posteriormente, poderão arrepender-se pelo que é relevante guardar para entregar mais

tarde. Sempre que possível, a gestão das incubadoras e a organização das mesmas deve ser tida em atenção, evitando deixar um gêmeo sobrevivente perto de outros gêmeos, de modo a prevenir a experiência de sentimento de dor e luto por parte dos pais. A preparação para a alta é um momento muito stressante e que deve ser trabalhado com cuidado e com a transmissão de informação aos recursos que vão apoiar a família fora do ambiente hospitalar. ⁽¹⁷⁾

Andrade et al (2014) salienta que a transição para a parentalidade é um foco da enfermagem, sendo necessário intervir na promoção da saúde familiar, visto que esta pode tornar-se mais complexa e exigente no caso da gemelaridade. A parentalidade gemelar é vista como potenciadora de stress, cansaço e depressão, diminuindo a qualidade de vida nas mulheres com filhos múltiplos. Porém, verificou-se que este resultado diminui quando é renegociado o papel conjugal e há partilha das tarefas quotidianas. Confirmou-se ainda, que esta adaptação conjugal é favorecida quando existe uma rede de suporte. As dificuldades priorizadas pelos pais face à condição de gemelaridade recaíram na sobrecarga de trabalho, repetição das rotinas familiares, privação de horas de sono, a existência anterior de outros filhos e acréscimo das necessidades económicas familiares, sendo que mais de metade das mães de gêmeos não retomaram a sua atividade profissional em comparação com as mães de crianças únicas. As mães de gêmeos relataram que se sentiam mais vulneráveis e com receio de julgarem a sua história clínica, por causa da condição de gemelaridade estar frequentemente associada a reprodução medicamente assistida. Constatou-se que os cuidados de enfermagem assumem grande importância no período do puerpério, já que contribuem para o aumento da segurança e autoconfiança da mulher. Este artigo defende que os cuidados prestados aos pais de gêmeos devem ser iniciados no período pré-natal, durante a gravidez e após o nascimento, acompanhando o contexto familiar onde se encontram inseridos. Os autores acabam por considerar que é uma área que necessita de mais estudos e o desenvolvimento de estratégias facilitadoras para as famílias. ⁽¹⁴⁾

Martins & Ângelo (2014) refere que a transição para a parentalidade é vivenciada de forma diferente no homem e na mulher, tendo implicações na conjugalidade e como consequência na saúde familiar. O estudo desenvolvido define que o conceito de bem-estar está associado ao contexto relacional. Portanto se o contexto for favorável ao exercício de parentalidade, potenciará o sentimento de bem-estar pessoal e familiar. Assim, foram identificados os seguintes fatores protetores de stress materno: bem-estar pessoal pré-natal; satisfação conjugal pré-natal; suporte funcional; suporte financeiro e suporte conjugal. Em oposição foram identificados os seguintes fatores de risco de depressão: ansiedade pré-natal; paridade e gêmeos prematuros. Desta forma, a eficácia dos cuidados depende da identificação das dificuldades vivenciadas por estes pais desde o período pré-natal, sendo possível estabelecer um plano

de cuidados direcionado às necessidades identificadas nestas famílias promovendo, desta forma, uma melhor saúde mental. ⁽¹⁸⁾.

O artigo apresentado por Andrade et al (2014) remete para a exigência vivenciada no subsistema familiar face à parentalidade na condição de gemelaridade. Assim, na condição de gemelaridade as dificuldades enfatizadas recaem nas questões económicas, a sobrecarga de trabalho, diminuição das horas de sono, responsabilidade dos papéis e em comparação aos pais sem filhos gémeos, acresce o declínio do interesse sexual da (o) parceira (o) em pais de gémeos. Outro aspeto que este artigo enaltece cinge-se ao fato do impacto da parentalidade ser mais favorável nas pessoas que foram pais mais tardiamente. Diversas são as preocupações priorizadas na parentalidade face a condição de gemelaridade, cabendo ao enfermeiro identificar as dificuldades e promover estratégias que favoreçam a mobilização dos recursos destas famílias. ⁽¹⁹⁾

De acordo com Wenzel et al (2014), os problemas de saúde mental no pós-parto e nos primeiros anos de parentalidade gemelar são mais preponderantes quando comparados com os pais de filhos únicos. Pelos sintomas de gravidez mais exacerbados e pela necessidade da prestação de cuidados contínuos a vários bebés em simultâneo, as mães de gémeos são mais vulneráveis a sintomas de patologias do foro mental em comparação as mães de filhos únicos, nomeadamente a depressão, ansiedade, stress parental e dificuldades no estabelecimento do vínculo com os bebés. Os problemas mais referidos na parentalidade gemelar englobam a diminuição das horas de sono, o sono mais fragmentado, a prestação de cuidados constantes e as mudanças de humor dos filhos que contribuem, desta forma, para o aumento do cansaço e frustração dos pais e, em último caso, pode contribuir para o surgimento de problemas entre o casal. A parentalidade é um processo difícil, sobretudo quando é de múltiplos e primeiros filhos, exigindo mais tempo e energia dos pais que, por vezes, têm dificuldade em gerir a vida pessoal e profissional em conjunto com os encargos financeiros associados. No entanto e apesar do aumento do número de partos gemelares/múltiplos globalmente, ainda não existem muitos estudos direcionados para a saúde mental dos pais. Apesar disto, estão documentadas piores depressões, ansiedade e stress parental quando comparado com pais de filho único. ⁽²⁰⁾

Noutro estudo, Andrade et al (2012) identificou e comparou as preocupações parentais que os pais de gémeos priorizam em comparação a pais de filho único concebido. Em ambos grupos foram identificadas as seguintes preocupações: falta de horas de sono e cansaço; necessidades económicas familiares; stress individual com os papéis e relacionado com o desempenho de papéis e responsabilidades. Os pais de gémeos identificaram outras preocupações comparativamente aos pais de filhos únicos, as quais incidem na perda de tempo livre para si e para as atividades sociais, na sobrecarga relacionada com as tarefas domésticas, na alteração da imagem corporal nas mães de gémeos e nas

dúvidas relativas ao desempenho do papel parental. Nesta perspetiva, o enfermeiro deve ser facilitador no processo de transição para a parentalidade, informando e orientando, de modo que as famílias desenvolvam estratégias de *coping* para que a transição seja saudável. ⁽²¹⁾

Nurse & Kenner (2011) recordam os riscos que mães e fetos podem sofrer durante a gravidez nomeadamente: hipertensão gestacional; diabetes gestacional; hemorragia e exacerbação de sintomas típicos da gravidez. Estas situações impactam, de forma negativa, a capacidade de a mãe lidar com as exigências de tratar de múltiplos bebés. Os pais têm de lidar com as exigências físicas e psicológicas que advêm dos internamentos dos recém-nascidos na UCIN, em especial com a ansiedade e receios sobre as potenciais alterações no futuro das crianças. O pai de múltiplos filhos tende a ser mais apoiante nos cuidados aos recém-nascidos e no apoio às mães. Os enfermeiros têm um papel fundamental no envolvimento do pai durante o internamento dos gémeos na unidade, promovendo e encorajando um papel mais ativo na parentalidade. Atividades como contacto pele a pele, massagem aos recém-nascidos, música podem e devem ser incorporadas nos cuidados prestados pelos pais aos bebés internados. Os pais também podem ser encorajados a elaborarem um diário com as pequenas conquistas e eventos dos seus bebés, bem como registos em fotografia e vídeo. Os grupos de apoio aos pais de gémeos também devem ser implementados nas unidades de cuidados intensivos neonatais. De forma a evitar o isolamento social e aparecimento da depressão pós-parto, os enfermeiros podem incentivar a mãe a cuidar de si e recorrer à sua rede de apoio. A impossibilidade de dar a mesma atenção a ambos os bebés leva a sentimentos de culpa e frustração podendo, em último caso, conduzir ao *burnout*. A perda de um gémeo durante o internamento na unidade pode conduzir a um misto de sentimentos e pode afetar a vinculação com os restantes bebés sobreviventes. A amamentação é um processo complicado para as mães de gémeos ou múltiplos bebés. É necessário apoiar a mãe no processo de amamentação e extração de leite materno ou na decisão de não amamentar, não pressionando e fornecer todas as informações para que possam tomar a decisão mais informada e mais acertada às suas necessidades. Os cuidados de enfermagem devem ser individualizados e específicos a cada prematuro. Os internamentos de recém-nascidos múltiplos tendem a ser prolongados, pelo que é importante adotar estratégias para reduzir o impacto deste internamento no seu desenvolvimento. A redução de estímulos como ruído, luzes e intervenções invasivas diminuem os potenciais efeitos negativos do internamento prolongado e podem estimular o neuro-desenvolvimento dos bebés. A partilha de incubadora também é vista como uma estratégia promotora do desenvolvimento desde que os bebés estejam estáveis e iniciada assim que possível, promovendo, também, a sua autorregulação, mecanismos de consolo e sonos mais prolongados e sincronizados. Os pais expressam preocupações relativas aos potenciais erros de medicação, aumento do risco de infeção, instabilidade térmica e potenciais deslocamentos de sondas e outros aparelhos necessários. ⁽²²⁾

Por último, Leonard & Denton (2006) descrevem que a gestação múltipla como exigente física e emocionalmente. Os desconfortos associados à gravidez encontram-se, muitas vezes, exacerbados e a necessidade de vigilância é maior. A perda de um ou mais fetos em qualquer uma das etapas de gravidez é uma vivência devastadora e deve ser reconhecida pelos profissionais de saúde, podendo conduzir a um aumento da ansiedade por parte dos pais relativamente ao futuro dos bebés sobreviventes. Ao mesmo tempo, têm de lidar com o luto da perda de um filho. O reconhecimento desta perda, a partilha de emoções e o reconhecimento do impacto na vida dos pais impactam positivamente a vivência dos pais. A educação e entrega de informação escrita sobre os aspetos únicos da gravidez múltipla e a parentalidade são importantes para a preparação dos pais e família. A participação em grupos de apoio a pais de múltiplos filhos com a partilha de vivências e experiências em comum deve ser encorajada. A amamentação de múltiplos filhos é considerada um grande desafio, podendo ser vista como algo conveniente e fácil, como uma situação stressante e com perda de tempo. Deve ser abordada no período pré-parto e ajuda no estabelecimento da vinculação entre a mãe e filhos. Os profissionais de saúde podem promover a vinculação dos pais com os filhos, ajudando-os a identificar semelhanças e diferenças entre eles, reconhecer as preferências de cada um e encorajar o contato pele-a-pele). O primeiro ano é bastante desafiante para o pai já que tem de balançar as suas emoções e as necessidades financeiras e práticas da família. Os recém-nascidos múltiplos, por poderem nascer prematuros, têm maior risco de complicações após o nascimento e nos anos seguintes, com atrasos no neuro-desenvolvimento e internamentos mais prolongados nas UCIN que, por sua vez, acarretam mais riscos para os bebés. O facto de não serem filhos únicos pode conduzir à inexistência da individualidade visto que, muitas vezes, são vistos como um conjunto e não como crianças individuais e únicas. Os pais têm a tendência de tratar da mesma forma, vestir da mesma forma. É importante incentivar e estimular o processo de individualização das crianças. Os pais de múltiplos filhos têm maior risco de desenvolver ansiedade e depressão, apresentando maiores níveis de stress pelas exigências da parentalidade gemelar. As implicações financeiras também são causadoras de grande stress. ⁽²³⁾

Em síntese, apresenta-se de seguida uma tabela com as intervenções de Enfermagem referente ao apoio para a parentalidade na condição de gemelaridade.

Intervenções de Enfermagem
Identificar a relação de vinculação estabelecida entre mãe e bebés ⁽¹⁵⁾
Avaliar rede de suporte disponível ⁽¹⁵⁾
Identificar e intervir face às respostas inadequadas a um ou ambos os gémeos ⁽¹⁵⁾

Promover a partilha de vivências com outros pais (discussão de mitos, receios e expectativas) ^(15,22,23)
Promover a vinculação ^(15,23)
Intervir durante a gravidez e o período pós-natal para a redução do stress parental ^(14,16,18,23)
Identificar dificuldades sentidas pelos pais, estabelecendo um plano de cuidados individualizado ^(14,18)
Avaliar capacidades parentais e promover a autoestima e confiança dos mesmos ⁽¹⁹⁾
Mobilizar recursos disponíveis no contexto familiar ⁽¹⁹⁾
Preparação para a alta hospitalar e mobilização dos recursos na comunidade ⁽¹⁷⁾
Ser facilitador no processo de transição para a parentalidade ⁽²¹⁾
Informar e orientar para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> de forma a promover a transição para a parentalidade saudável ⁽²¹⁾
Promover a participação ativa do pai durante o internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais ⁽²²⁾
Promover atividades como o contacto pele a pele, massagem e música nos cuidados prestados pelos pais ao recém-nascido ⁽²²⁾
Incentivar a mãe a cuidar de si e a recorrer à rede de apoio ⁽²²⁾
Promover e apoiar a amamentação/extração do leite ^(22,23)
Individualizar os cuidados de Enfermagem a cada prematuro e sua família ⁽²²⁾
Promover a partilha da incubadora com outro gêmeo, sempre que possível ⁽²²⁾
Desenvolver estratégias para prevenir erros terapêuticos e acidentes ⁽²²⁾
Incentivar e estimular o processo de individualização de cada criança ⁽²³⁾

Tabela 2. Intervenções de Enfermagem

9. DISCUSSÃO

A família é considerada um sistema, apresentando uma dinâmica complexa e evolutiva através das interações entre cada membro que constituem a mesma, conferindo-lhe uma individualidade e identidade tornando cada família única ⁽⁴⁾. Nesta perspetiva, a família, pelo processo de socialização, permite a interiorização de valores e normas sociais essenciais para a formação e

desenvolvimento de cada elemento. É um sistema aberto, sujeito a influências do meio que a rodeia e, por sua vez, influencia o meio que a rodeia. Sendo um sistema constituído por relações equilibradas, a família mantém-se unida e é capaz de estabelecer ligações com a sociedade contribuindo, em certa parte, para o equilíbrio da mesma.

A transição para a parentalidade face à condição de gemelaridade pode evidenciar-se mais complexa e exigente, pois pode potenciar o stress parental e consequente isolamento social, levando ao aparecimento de depressão, o que pode diminuir a qualidade de vida nas mulheres com filhos múltiplos. (14,20,22,23)

De acordo com esta revisão, foi possível identificar dificuldades priorizadas pelos pais no processo de transição para a parentalidade gemelar em todos os artigos incluídos. As dificuldades enfatizadas recaíram na sobrecarga de trabalho, repetição das rotinas familiares, privação de horas de sono, sono repartido, responsabilidade dos papéis em comparação aos pais sem filhos gémeos, e a existência anterior de outros filhos e acréscimo das necessidades económicas familiares. O declínio do interesse sexual da(o) parceira(o), perda de tempo livre para si e para as atividades sociais, sobrecarga relacionada com as tarefas domésticas, alteração da imagem corporal nas mães e nas dúvidas relativas ao desempenho do papel parental são também dificuldades vivenciadas por estes pais. A amamentação e alimentação dos recém-nascidos, apesar de conveniente e prática, é visto por muitos como outro fator de exaustão materna. (16,19,20,21,22)

Outra dificuldade verbalizada e sentida pelos pais é a sensação de culpa que advém da preferência por um dos gémeos o que, também, gera sentimentos de frustração por não serem capazes de dar a mesma atenção aos filhos. Isto pode conduzir à tentativa de compensação do gémeo menos favorecido e, quando esta preferência ocorre nas fases iniciais do estabelecimento da vinculação entre a mãe e bebés, pode afetar e alterar a forma como a mãe reage, fala e responde às necessidades de cada criança. (22,23)

A prematuridade associada à condição de gemelaridade pode afetar negativamente o risco de vinculação estabelecido no período de puerpério. De acordo com a revisão da literatura, este pode ser alterado ao longo do tempo tornando-se em uma vinculação segura, satisfatória e sadia. Outro desafio presente na gemelaridade baseia-se no caso de os gémeos monozigóticos apresentarem características iguais, o que pode levar a existência de um conflito na individualização dos cuidados. (15)

Uma das complicações associadas à condição de gemelaridade prende-se com a risco da morte de um ou mais fetos ou recém-nascidos, quer durante a gravidez quer após o parto e consequente internamento em unidade de cuidados intensivos. Os pais verbalizam a importância do reconhecimento do estatuto de gémeo, não esquecendo que existiu outro(s) recém-nascido(s), focando-se unicamente

no(s) bebé(s) sobrevivente(s). Este reconhecimento pode ser feito pela colocação de um símbolo (por norma, uma borboleta) na incubadora do(s) gémeo(s) sobrevivente(s).⁽²²⁾ O reconhecimento do processo de luto e a necessidade de relatar a forma como vivenciam esta situação e os seus sentimentos são importantes para os pais. O apoio emocional, a empatia demonstrada pelos profissionais de saúde, a abordagem do tópico de forma sensível e não invasiva, bem como a possibilidade de criar memórias do(s) bebé(s) que faleceram são também essenciais no processo de luto.^(17,22,23)

Foram identificados, ainda, fatores protetores de stress materno como o bem-estar pessoal pré-natal, a satisfação conjugal pré-natal, o suporte funcional, o suporte financeiro e o suporte conjugal. Em oposição foram identificados os seguintes fatores de risco de depressão: ansiedade pré-natal, paridade e gémeos prematuros.⁽¹⁸⁾

De acordo com a revisão da literatura realizada, de forma geral, é necessário intervir no período pré e pós-natal na condição de gemelaridade de forma a reduzir o stress e ansiedade parental e fornecer informações sobre o que esperar ao longo da gravidez, no parto e no puerpério.^(14,16,18,22) O Enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para avaliar as capacidades parentais e a adaptação à parentalidade gemelar, bem como avaliar a aptidão para o estabelecimento do vínculo afetivo entre pais e bebés.^(15,19,22) Compete também ao Enfermeiro mobilizar os recursos disponíveis no contexto de cada família e identificar recursos disponíveis na comunidade em que se insere, de forma a garantir os apoios necessários e individualizados requeridos.^(15,17,19) Pela relação que o Enfermeiro estabelece com as famílias, este deve agir como facilitador no processo da transição para a parentalidade na condição de gemelaridade.⁽²¹⁾

Quanto às limitações encontradas na realização desta *Scoping Review*, podemos referir a inclusão apenas de artigos publicados em inglês, português e/ou espanhol. Quaisquer artigos relacionados com a temática noutros idiomas não incluídos poderiam apresentar contributos essenciais para a revisão. Por outro lado, na pesquisa nas bases de dados, a limitação da disponibilidade dos artigos em texto integral também representou um entrave para a elaboração da revisão, reduzindo consideravelmente o número de artigos a serem analisados.

10. CONCLUSÃO

Através da presente revisão foi possível compreender a importância de o enfermeiro intervir na preparação para a parentalidade na condição de gemelaridade, bem como o conhecimento que se encontra disponível para fundamentar esta intervenção. As questões de revisão “Qual o conhecimento disponível na preparação para a parentalidade na condição de gemelaridade?” e “Quais as intervenções

de enfermagem na promoção da parentalidade no contexto de gemelaridade?” consideram-se que foram ao encontro dos objetivos desta revisão, já que foi possível mapear o conhecimento na área através de estudos realizados e disponíveis, bem como as intervenções utilizadas no apoio e promoção da parentalidade neste contexto tão específico permitindo, desta forma, a promoção da consciência dos profissionais de saúde para a importância de identificar as vulnerabilidades presentes no processo de parentalidade gemelar. Assim, serão capazes de intervir de forma individualizada, promovendo uma parentalidade positiva e uma adaptação eficaz aos novos papéis adquiridos.

Concluímos, ainda, que os pais de gémeos têm maior risco de apresentar ansiedade, stress parental e depressão pelas exigências de cuidar de dois ou mais recém-nascidos em simultâneo. A diminuição de horas de sono, as dificuldades financeiras e a necessidade de prestação de cuidados constantes a múltiplos filhos, podem conduzir ao *burnout* dos pais e, conseqüentemente, prejudicar a adaptação ao papel parental na condição de gemelaridade.

Torna-se essencial a formação e aquisição de conhecimentos que permitam uma intervenção de Enfermagem baseada na evidência científica, promovendo cuidados que apoiem estas famílias conforme as suas necessidades.

10.1. Implicações para a investigação

Vários estudos incluídos nesta revisão referem a necessidade em realizar mais pesquisa e investigação na área da preparação para a parentalidade na condição de gemelaridade, visto ser uma situação que ocorre com maior frequência na sociedade ocidental. Por este motivo, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capazes de prestar cuidados ajustados a estas famílias.

A contínua investigação direcionada à condição de gemelaridade visará dar resposta às dificuldades identificadas em cada família durante o processo de parentalidade.

10.2. Implicações para a prática

De uma forma geral, esta revisão da literatura demonstrou a necessidade da intervenção precoce no período pré-natal e no pós-natal, de forma a reduzir o stress parental e promover uma adaptação positiva à parentalidade na condição de gemelaridade.

Foram identificadas intervenções de Enfermagem já aplicadas neste contexto e percecionadas pelos pais como úteis. Compete ao Enfermeiro mobilizar recursos disponíveis, bem como identificar apoios

disponíveis na comunidade. Assim, é possível a garantia de cuidados de qualidade e dos meios auxiliares que podem ser utilizados para favorecer a adaptação ao processo da parentalidade.

A realidade dos cuidados atuais evidencia uma lacuna na mobilização de conhecimentos relativos a esta temática, pelo que é necessário promover ações de formação nos profissionais de saúde e a investigação contínua, de modo a estarem preparados para agir da forma mais correta perante esta condição.

11. CONFLITOS DE INTERESSES E RECONHECIMENTOS

Sem conflitos de interesses a declarar.

Os autores da revisão agradecem às Senhoras Professoras Doutoras Margarida

Lourenço e Sílvia Caldeira, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, pela colaboração na orientação para a elaboração da presente revisão.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aromataris E., Munn Z. (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>.
2. UNICEF. Convenção sobre os Direitos da Criança; 1990. Available from: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>
3. Veiga S. Atas XIII Colóquio Internacional de Psicologia e Educação. Actas do 13º Colóquio de Psicologia e Educação. Porto; 2015. Available from: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/12892/1/Art_Sofia%20Veiga_2015%20%287%29.pdf
4. Hockenberry M., Wilson D. (2011). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª edição). Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 978-989-748-004-1.
5. Guimarães M., Silva L. Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro; 2016. Available from: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
6. Barroso R, Machado C. Definições Dimensões e Determinantes da Parentalidade. Psychologica [Internet]. 2010;52(1):211–29. Available from: <http://hdl.handle.net/10316.2/3447>
7. Decreto-Lei nº 47344. Código Civil. Diário da República, Série I (Nº 274/1966 de 25 de Novembro de 1966). 1 – 428. Available from: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/->

/lc/123928118/202010281737/73749399/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma

8. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. (ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. Available from: <https://decs.bvsalud.org/>
9. National Library of Medicine. MeSH Database; 2021. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>
10. Nados Vivos. Instituto Nacional de Estatística; 2020. Estatísticas Demográficas 2019 (2020th ed.). Available from: www.ine.pt
11. Andrade L. Luzes e Sombras em Famílias de Gémeos [Internet]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2013. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82437/2/38009.pdf>
12. Meleis A. Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice [Internet]. Springer Publishing Company, LLC. New York; 2010. Available from: https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
13. Costa L. Visitando a Teoria das Transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o Cuidado de Enfermagem. Enferm Bras [Internet]. 2016;15(3):137–45. Available from: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181>
14. Andrade L, Martins M, Angelo M, Martinho J. A família na vivência da gemelaridade – revisão sistemática. Texto Context Enferm [Internet]. 2014;23(3):758–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002950013>
15. Veiga S, Bertão A, Alarcão M. OS PRIMEIROS MESES NA DANÇA RELACIONAL MÃE-BEBÉ(S): DESAFIOS DECORRENTES DA SITUAÇÃO GEMELAR. Int J Dev Educ Psychol [Internet]. 2019; Monográfico(2):83–90. Available from: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1743/1542>
16. Kehoe A, Dempster M, McManus J, Lewis S. Stress and coping in parents of newly born twins. J Psychosom Obstet Gynecol [Internet]. 2016;37(3):110–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27180877/>
17. Hayes L, Richards J, Crowe L, Campbell C, Embleton N, Rankin J. Development of guidelines for health professionals supporting parents who have lost a baby from a multiple pregnancy. Infant [Internet]. 2015;11(5):164–6. Available from: http://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_065_rof.pdf
18. Martins M, Angelo M. A saúde mental na parentalidade de filhos gémeos: revisão da literatura. Rev Port Enferm Saúde Ment. 2014;1(SPE1):109–16. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/263473697_A_saude_mental_na_parentalidade_de_filhos_gemeos_revisao_da_literatura

19. Andrade L, Martins M, Angelo M, Santos A, Martini J. Identificação dos efeitos dos filhos nas relações familiares. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014;27(4):385–91. Available from: <https://www.scielo.br/j/appe/a/qqYh5XwZ7brbNgykBbW7gZn/?lang=pt>
20. Wenze SJ, Battle CL, Tezanos KM. Raising multiples: mental health of mothers and fathers in early parenthood. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2015;18(2):163–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25515039/>
21. Andrade L, Martins MM, Angelo M. A Gemelaridade na Família. *Transf do conhecimento em Enferm Família* [Internet]. 2012;76–82. Available from: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31867/1/2012_Transferibilidade do conhecimento em enf Família76-82.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31867/1/2012_Transferibilidade_do_conhecimento_em_enf_Familia76-82.pdf)
22. Nurse S, Kenner C. Multiples in the Newborn Intensive Care Unit: Parents’ and Nurses’ Perspectives. *Newborn Infant Nurs Rev* [Internet]. 2011;11(4):175–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1527336911001401>
23. Leonard L, Denton J. Preparation for parenting multiple birth children. *Early Hum Dev* [Internet]. 2006;82(6):371–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16675166/>

APÊNDICE II – REFLEXÃO CRÍTICA: PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem (Lisboa)

Curso de Mestrado em Enfermagem

2º Ano, 1º Semestre, Turma 14

Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório

Reflexão Crítica – Promoção da Parentalidade no Serviço de Urgência

Elaborado por: Ana Catarina Mourão Simões, nº 192020037

Professora Orientadora: Professora Doutora Sílvia Caldeira

Novembro 2021

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	p.2
2. REFLEXÃO CRÍTICA.....	p.3
3. CONCLUSÃO.....	p.12
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	p.13

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, no decorrer do estágio no Serviço de Urgência Pediátrica de um hospital da área metropolitana de Lisboa e, tendo em conta o projeto de estágio desenvolvido, parece-me apropriado elaborar uma reflexão crítica tendo como base o Ciclo Reflexivo de Gibbs sobre a temática da promoção da parentalidade no contexto do serviço de urgência pediátrica.

Tendo em conta o contexto específico do serviço de urgência pediátrica e a sua população-alvo, bem como a transição de um momento de saúde para uma doença aguda ou agudização de doença crónica, torna-se essencial refletir nos cuidados que prestamos, sobretudo no que diz respeito à promoção da parentalidade e a aquisição de competências que permitam aos pais/cuidadores evitar novas situações de doença e, conseqüentemente, a deslocação para o serviço de urgência.

Assim, após contacto com uma situação particular e integrado no meu projeto de estágio, tornou-se necessário refletir sobre a mesma, estudar e procurar mais sobre a parentalidade e como podemos intervir de forma mais eficaz numa situação de particular vulnerabilidade como a doença de um filho.

2. REFLEXÃO CRÍTICA

O serviço de urgência pediátrica é um serviço altamente especializado e preparado para proporcionar cuidados médicos e assistência de forma descontínua e concreta, resolvendo um problema agudo que possa pôr em causa a sobrevivência da criança/jovem e/ou causar a falência de uma ou várias funções vitais. ⁽¹⁾

É função do Enfermeiro promover a parentalidade nos diferentes contextos de saúde e doença, prestando o apoio devido e a aquisição de novas competências que permitam evitar potenciais situações agudas e a deslocação aos serviços de urgência. Enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) esta função encontra-se determinada no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros. A competência 1 *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.”* e é definida como *“Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.”*. Dentro desta competência, estão incluídas diferentes unidades de competência que o EESIP deverá ser detentor, nomeadamente a unidade E.1.1. *“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.”* e seus critérios de avaliação *“E.1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E.1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E.1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E.1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E.1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E.1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.”*. ⁽²⁾

De acordo com o projeto de estágio definido e implementado na unidade em questão, parece-me apropriado refletir sobre uma situação específica que ocorreu no serviço em que, por cansaço

materno, apresentava risco de papel parental prejudicado e foi importante apoiar a mãe durante o internamento de curta duração no serviço de urgência. Mais ainda, o lactente de cinco meses de idade tinha uma doença crónica já diagnosticada e deu entrada no serviço de urgência por suspeita de bronquiolite. Dada a sua doença crónica de base, ficou internado para vigilância o que gerou sentimentos de culpa, incompetência e, no geral, sensação de incumprimento do papel de mãe por não ser capaz de manter a sua criança saudável. Foi um momento bastante intenso e que requereu a mobilização de diferentes competências e conhecimentos relacionados com a parentalidade. Após esta interação tornou-se ainda mais perceptível a necessidade de salientar a promoção da parentalidade à equipa de Enfermagem e reforçar conhecimentos nesta temática.

À entrada, a mãe, senhora L.T., aparentava tranquilidade e segurança no seu papel de mãe. A lactente, M.T., de cinco meses, estava com um choro inconsolável e com sinais de dificuldade respiratória. Foi necessário, por protocolo do serviço, executar alguns procedimentos invasivos da bebé e contámos com a colaboração da mãe para conter e consolar a criança. Após as intervenções, foi discutido com a equipa médica a sua situação clínica e foi necessário iniciar suporte de oxigénio por sonda nasal, bem como iniciar alimentação entérica via sonda nasogástrica. Posteriormente, foi, ainda, essencial executar a técnica de lavagem das vias áreas para maior conforto da criança e melhorar a sua capacidade de oxigenação.

No momento imediatamente após as intervenções, a mãe foi capaz de consolar a bebé, mas foi visível o cansaço e tristeza no seu rosto pelo que a questioneei e incentivei a partilha de sentimentos e emoções. Quase imediatamente começou a chorar e a relatar exaustão materna pela doença crónica da criança, bem como uma alta hospitalar recente e a gestão de emoções e cuidados no domicílio.

Claramente perturbada, permiti que relatasse tudo o que sentia e as dificuldades que tem sentido deste a alta hospitalar após um internamento prolongado. As exigências de tomar conta de uma criança com doença crónica e o ajustamento ao papel parental. Por isso, o grande foco da minha intervenção centrou-se no apoio emocional à mãe e na promoção da parentalidade durante a estadia.

Durante a interação com a mãe e bebé, fui assolada por diversas emoções. Por um lado, senti-me angustiada pelos sentimentos de exaustão e frustração manifestadas pela mãe. Por outro lado, senti empatia e a necessidade de prestar apoio e cuidados de qualidade pelas dificuldades apresentadas. Foi visível a preocupação da mãe para com os cuidados à criança e o

desejo de adquirir mais competências de forma a ser mais autónoma nos cuidados e sentir-se mais realizada com o seu papel.

Ao refletir na situação vivência, após o final do turno, consigo detetar pontos positivos e negativos na minha intervenção e a resposta às necessidades detetadas durante a intervenção. Como pontos positivos, destaco a disponibilidade da mãe à abordagem e a forma como admitiu as suas preocupações, reconhecendo as suas falhas e recebendo os ensinamentos feitos durante o internamento da sua criança. A verbalização dos sentimentos, dúvidas e a admissão da necessidade de ajuda foram também pontos fortes nesta intervenção. O facto de estar à vontade com a temática da parentalidade e ter estabelecido uma relação terapêutica num momento inicial também foi fundamental para o sucesso da intervenção. Como pontos menos positivos destacaria os sentimentos negativos expressos pela mãe, a ansiedade e o comprometimento do papel de forma geral. Também devo incluir o meu pouco à-vontade no contexto da urgência pediátrica o que levou a alguma ansiedade da minha parte e me obrigou a adequar o meu plano de cuidados e intervenções de forma a poder ter um papel importante e responder às necessidades da família ao meu cuidado.

Por isso, senti necessidade de pensar e refletir sobre a situação vivenciada e adquirir mais conhecimentos na área da parentalidade, especificamente estratégias que utilizei e poderei utilizar no futuro enquanto EESIP.

A promoção da parentalidade é uma competência específica do EESIP e deverá ser encorajada em todos os contextos, desde que os pais/cuidadores assim o desejem. Por esse motivo, é importante ter em conta o conceito de parentalidade para que esta promoção seja o mais eficaz possível e traga ganhos de saúde para toda a família.

A parentalidade é entendida como um processo contínuo que se altera e ajusta ao longo do ciclo de vida da criança, acompanhando o seu desenvolvimento e crescimento. É condicionada por diversos fatores, tanto internos (a forma como os pais/cuidadores percebem o papel de pai, o estabelecimento da vinculação e o grau de compromisso na relação criada) como externos (a percepção da sociedade e expectativas, o apoio familiar e social). ^(3,4)

Pode, ainda, ser definida como papel parental *“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação do recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças;*

interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.”. Pode ainda ser definido como “Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.”. ⁽⁵⁾

As responsabilidades inerentes à parentalidade e os cuidados prestados pelos pais/cuidadores às suas crianças não cessam com a necessidade de recorrerem ao serviço de urgência ou com o internamento da criança. De facto, e na maioria dos casos, os pais preferem continuar a cumprir o seu papel e manter as rotinas de casa tanto quanto o possível. É dever do Enfermeiro promover que o processo de parentalidade se mantenha dentro da medida do possível e integrar a família na equipa multidisciplinar e nos cuidados prestados, aceitando as suas competências específicas. Não só é essencial promover as competências existentes, como também é fundamental a aquisição de novos conhecimentos e aptidões que permitam aos pais, no futuro, lidar com situações iguais ou semelhantes eficazmente, sem necessidade de apoio externo. Até atingirmos esse grau de autonomia, é da nossa função fornecer as informações necessárias para aumentar as suas capacidades, apoiar os pais nos cuidados à criança doente aumentando, desta forma, a sua confiança no papel e promovendo a gestão de emoções e a organização de tarefas. ⁽³⁾

Mesmo que os pais estejam acomodados e habituados ao seu papel, a doença e possível internamento da criança, mesmo de curta duração, interfere com a normal rotina da família e pode prejudicar o processo da parentalidade. É um momento de especial vulnerabilidade para todos os elementos e, por isso, torna-se necessário orientar e ajudar os pais nesta altura. A facilitação do empoderamento da família e o estabelecimento da relação terapêutica permitem o desenvolvimento de novas competências e aumentam a sensação de satisfação com o seu papel, com o reconhecimento e valorização do mesmo por parte dos profissionais de saúde. O Enfermeiro não substitui os pais na prestação dos cuidados que já são autónomos no domicílio, apenas apoiando e, em casos de exaustão ou incapacidade parental, os substitui nessas situações. ⁽³⁾

É importante, para além disto, valorizar as relações estabelecidas entre os diferentes membros da família, analisar as interações e o comportamento da criança como indicadores para a nossa prática, entender o impacto da nossa intervenção no contexto específico, demonstrar

disponibilidade para discutir assuntos que os pais considerem importantes, aproveitar as oportunidades para a promoção do papel parental, valorizar o processo de desorganização e vulnerabilidade associados ao internamento e doença da criança, aproveitando, como oportunidades, para o desenvolvimento de novas competências. Devemos reconhecer que os pais conhecem melhor a sua criança e a promoção da partilha de informações é importante para o estabelecimento da relação terapêutica e desenvolvimento mútuo. ⁽³⁾

Devemos ter em conta os valores culturais e religiosos da família, escutar a família antes de planear os cuidados, comunicar com a família antes da tomada de decisões, individualizar os cuidados de saúde a cada família e permitir a sua participação, responder às necessidades de cada família e conhecê-la nas suas diferentes dimensões. Os pais devem ser parceiros nos cuidados à criança, encorajando a sua participação consoante a sua disponibilidade e competências. Mais uma vez, é função do Enfermeiro envolver os pais nos cuidados e no processo de tomada de decisão, facilitando a adaptação do papel parental no contexto de doença e/ou internamento da criança. A comunicação de forma aberta e honesta, a aceitação das crenças e valores e a sua integração são pontos importantes na parceria de cuidados. A negociação do plano de cuidados permite que os pais se sintam parte integrante da equipa, aumentando os sentimentos de autoconfiança e satisfação com o seu papel. ⁽³⁾

A comunicação e a transmissão de informação são, também, um ponto importante nesta situação. A identificação do grau de conhecimento sobre comportamentos de procura de saúde, gestão de regime terapêutico bem como a capacidade de os pais adquirirem novos conhecimentos são essenciais para adequarmos as informações que transmitimos, a forma como fazemos a transmissão e a disponibilidade para a aquisição dessas informações. Devemos evitar oferecer informações contraditórias ou ambíguas, sendo honestos e esclarecendo as dúvidas existentes, validando as indicações dadas anteriormente e promovendo a adaptação, assistindo os pais ao longo do processamento de notícias que, por vezes, podem ser dolorosas. ⁽³⁾

Alguns ensinamentos que deveremos realizar: papel parental durante a hospitalização; desenvolvimento infantil de forma a identificar futuras situações de perigo; comportamentos de procura de saúde ao longo do desenvolvimento da criança; higiene, alimentação, posicionamento, segurança e gestão do regime terapêutico durante o internamento. Devemos avaliar estes ensinamentos aquando da avaliação do papel parental, detetando, desta forma, possíveis lacunas e promover um processo de aprendizagem com o desenvolvimento de novas habilidades

tornando-se mais eficazes no seu papel e capazes de lidar com futuras situações de doença e/ou hospitalização. ⁽³⁾

Outro conceito associado com a parentalidade é a parentalidade positiva. Este conceito é definido como uma relação afetiva e de suporte estabelecida entre os pais/cuidadores e a criança. É um elemento essencial para o bem-estar emocional da criança e no desenvolvimento da resiliência, podendo limitar/reduzir os efeitos causados por situações de *bullying*, pobreza, violência doméstica e abuso sexual. ⁽⁶⁾ Pode ser ainda definida como uma relação contínua entre os pais e criança que inclui afetos, educação, comunicação, tomar conta e responder às necessidades da criança de forma consistente e incondicional. É parte de um conjunto de funções que são atribuídas aos pais para que possam tomar conta e educar a sua criança, sendo fundamental para o desenvolvimento da criança e a sua saúde. De uma forma geral, a parentalidade positiva refere-se a todo o comportamento parental que respeita os interesses e direitos da criança como os dispostos na Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas. Os pais reconhecem a criança como um indivíduo com os seus próprios direitos, guiando e cuidando dela. Este conceito é, muitas vezes, utilizado como sinónimo da parentalidade permissiva não sendo o correto, visto que exige o estabelecimento de limites e regras para que a criança se possa desenvolver num ambiente não violento. ^(6,7,8,9)

A parentalidade positiva assenta em vários princípios básicos tais como: o carinho/afeto, respondendo às necessidades de afeto, amor e segurança da criança; estrutura e liderança, protegendo a criança de situações de perigo, assegurando a sua saúde, uma rotina diária e os limites necessários permitindo que a criança se sinta protegida; reconhecimento, entendendo a criança como um indivíduo com os seus direitos e valoriza-a como pessoa única; empoderamento e ensino, permitindo e potenciando o desenvolvimento das capacidades da criança, o seu sentido de competência e de autocontrolo, bem como providenciar atividades lúdicas apropriadas à fase de desenvolvimento e momentos de socialização com outras crianças; fornecedor da alimentação, condições de higiene, cuidados de saúde e apoio financeiro adequados e um ambiente não violento, excluindo quaisquer punições físicas e/ou psicológicas. ^(7,8,9)

A promoção e aquisição de competências relacionadas com a parentalidade positiva é recomendada de forma a prevenir situações de maus-tratos e promover o desenvolvimento da

criança nos primeiros três anos de vida. Os primeiros três anos de vida são marcados por grandes aprendizagens, pelo que é fundamental que os pais estimulem e otimizem as suas capacidades de aprendizagem e desenvolvimento. Por esse motivo, os Enfermeiros são essências para fornecer as ferramentas necessárias que permitam o desenvolvimento de competências parentais. É ainda importante que o Enfermeiro avalie os conhecimentos parentais e a participação na tomada de decisão, conduzindo a uma intervenção bem-sucedida. (7,8,9)

Ao abordar a temática da parentalidade no serviço de urgência e a sua vulnerabilidade pela transição de um estado de saúde para um estado de doença, é apropriado falar, de forma breve, da Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis em 1975. É uma teoria de médio-alcance que estuda as diferentes transições ao longo do ciclo de vida do indivíduo/família e a influência destas na sua saúde. O Enfermeiro, ao detetar a transição e consequente impacto, deve intervir e prestar cuidados eficazes que apoiem o indivíduo/família no período de grande vulnerabilidade e contribuir para uma transição saudável, trazendo ganhos de saúde e o desenvolvimento dos elementos envolvidos. (10,11,12)

Meleis define transição como a passagem entre dois períodos de tempo estáveis que conduzem o indivíduo a movimentar-se por diferentes fases dinâmicas e pontos de mudanças. Os percursos ocorrem no decorrer do tempo e obedecem a um sentido de movimento e fluxo que é guiado por alterações que desencadeiam, temporariamente, períodos de desequilíbrio, incerteza, conflitos interpessoais e perturbações na vida da pessoa. Estas transições, segundo a autora, vêm acompanhadas por mudanças no estado de saúde, nos papéis desempenhados e nas expectativas. De uma forma geral, o período de transição apresenta desconexão com a rede social e sistemas de apoio social, perda temporária de objetos relevantes ou familiares, novas necessidades que possam surgir e antigas expectativas que não estão relacionados com a situação de mudança. De forma que esta transição ocorra de forma positiva é necessário que a pessoa se acomode e aprenda novos conhecimentos, altere comportamentos, defina o novo contexto social e se as suas necessidades internas e externas condicionam o seu estado de saúde. (10,11,12)

A autora define ainda os diferentes tipos e padrões de transição e a transição saúde-doença encontra-se presente neste contexto abordado na reflexão. Esta entende a passagem de um estado de saúde para um processo de doença que inclui a recuperação, hospitalização, consequente alta clínica e diagnóstico de doença crónica. As crenças e valores do

indivíduo/família, o estado económico, as atitudes e a preparação e conhecimento da transição podem afetar a vivência da mesma bem como todos os recursos comunitários e sociais que podem influenciar a transição de uma forma externa. Cabe ao Enfermeiro detetar estas condições e apoiar o indivíduo/família ao longo da transição, no seu maior momento de vulnerabilidade. (10,11,12)

A avaliação da efetividade das nossas intervenções na promoção da parentalidade não possui um elemento de avaliação definido. No entanto, é possível avaliar as intervenções pela validação dos ensinamentos feitos, observação do comportamento da família e suas interações, esclarecimento de dúvidas e refletindo sobre as vivências experienciadas.

A vivência acima relatada teve um impacto grande já que, apesar de ser uma temática com a qual estou bastante confortável, o contexto de urgência pediátrica e todas as suas especificidades tornam a vivência muito mais intensa, o que conduziu a uma maior necessidade de aprendizagem e adequação das intervenções neste contexto. Esta situação obriga, de certa forma, a ter um pensamento crítico e clínico mais rápido e sucinto, adequando o plano de cuidados e implementando-o num curto espaço de tempo com bons resultados. A curta duração de interação e a situação aguda de doença tornam a situação mais complicada já que temos que lidar com as emoções dos pais preocupados com as suas crianças, a criança doente e as nossas próprias emoções de uma só vez. Não foi fácil, mas creio ter tido a melhor intervenção possível e sinto-me satisfeita com os resultados finais, já que tive a perceção da sensação de alívio por parte da mãe de ver as suas necessidades satisfeitas e ter alguém que escutasse e validasse as suas preocupações. Existe espaço para melhoria, nomeadamente na gestão de tempo e organização das intervenções que, por ser um ambiente diferente, acabou por dificultar um pouco a minha intervenção.

Apesar da parentalidade ser uma temática já muito estudada, penso que, por vezes e no contexto da urgência, temos a tendência de nos focarmos na doença e no problema médico detetado e, em situações de real emergência, a promoção da parentalidade é posta de parte já que as prioridades são diferentes e a necessidade de estabilizar a criança sobrepõe-se a todo. Por isso, acho que é essencial manter o conceito de parentalidade presente e tentar adequar os nossos planos de cuidados na medida do possível.

3. CONCLUSÃO

Concluindo, a reflexão crítica desta situação específica, e num contexto igualmente específico, permite-me detetar pontos a melhorar em futuras intervenções e pontos a reter e continuar a aplicar no futuro. Também permite reconhecer as competências adquiridas e uma análise e avaliações mais detalhadas do que a avaliação inicial feita imediatamente após a intervenção.

A parentalidade e a sua promoção continuam a ser um grande pilar nas competências do EESIP e deverá continuar a ser foco de atenção e constante atualização, de forma a adequar os cuidados e prestar apoio o mais eficaz possível e que responda às necessidades da família. O Enfermeiro é o primeiro elo de ligação com a família numa situação de doença aguda e acompanha-a ao longo do processo de doença até atingir novamente uma condição de saúde. Somos o agente ideal para a promoção da parentalidade, ensinamentos parentais e gestão de emoções e cuidados no contexto de hospitalização e doença. É nossa competência prestar este apoio e adequar os cuidados a cada situação específica, trazendo ganhos de saúde para a família e contribuindo para uma maior autonomia e satisfação com o desempenho do papel parental.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caldeira T., Santos G., Pontes, E., Dourado R., Rodrigues L. O dia-a-dia da uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediatr Port*; 2006; 1(37): 1-4. [Acedido a 12 de outubro de 2021]. Disponível em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatrica.pdf
2. Regulamento no 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República*, 133(2), 19192–19194 [Acedido a 10 de outubro de 2021]. Disponível em: [Regulamento 422/2018, 2018-07-12 - DRE](#)
3. Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade Durante a Parentalidade. Cadernos OE, Série 1, Número 8 [Acedido a 14 de outubro de 2021]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadespositiva_vf.pdf
4. Hockenberry M., Wilson D. (2011). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª edição). Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 978-989-748-004-1.
5. CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2018) – CIPE ® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [Acedido a 14 de outubro de 2021]. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
6. European Commission (2019). Positive Parenting Interventions: Empowering parents with positive parenting techniques for lifelong health and well-being. [Acedido a 10 de março de 2021]. PDF ISBN: 978-92-79-99865-2; doi: 10.2767/784009. Disponível em: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/d4226270-6a28-11e9-9f05-01aa75ed71a1/language-en>
7. Seay, A. *et al.* (2014). Positive Parenting. *Nursing Forum*, 49 (3), 200-208
8. Lopes, M., Dixe, M. (2012). Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20 (4), 787-795.
9. Council of Europe. Policy to support positive parenting. [Acedido a 10 de março de 2021]. Disponível em <https://rm.coe.int/168046d340>

10. Guimarães M., Silva L. Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro; 2016. [Acedido a 14 de outubro de 2021]. Disponível em: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
11. Meleis, A. (2010). Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York, Springer Publishing Company, LLC. ISBN: 978-0-8261-0535-6.
12. Alligood M., Tomey A.M. (2014). Nursing Theorists and Their Work (8th edn). Maryland Heights, Mosby Elsevier. ISBN: 978-0-3230-9194-7.

APÊNDICE III – PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “A PARENTALIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – CONCEITOS”

Formador: Ana Catarina Mourão Simões, Enfermeira e Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica

Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Tema: A Parentalidade no Serviço de Urgência – Conceitos

Duração: 20 minutos

Grupo destinatário: Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica

Local: Hospital da área metropolitana de Lisboa

Data: 9 e 10 de novembro de 2021

Hora: 8h30 e 15h30

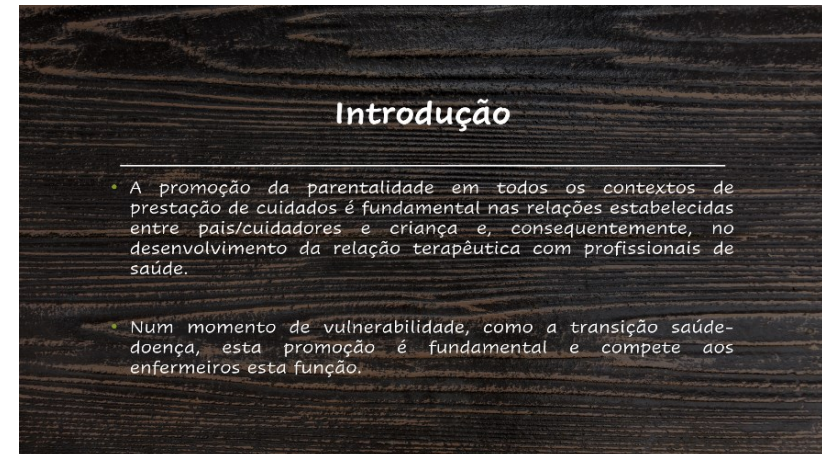
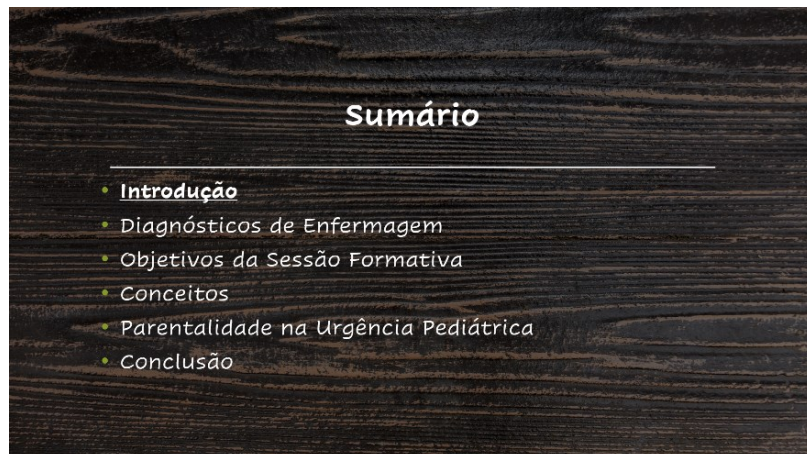
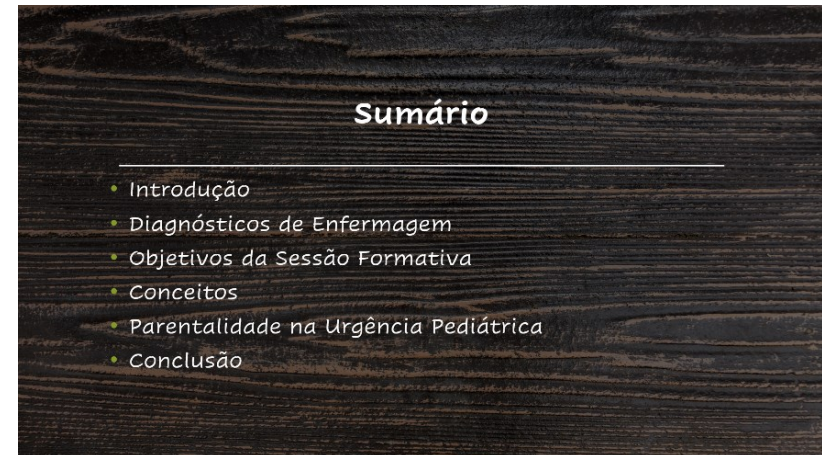
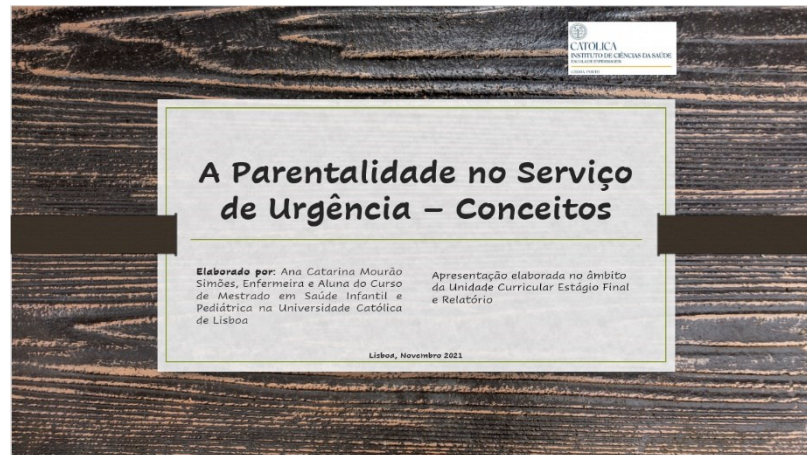
Objetivo geral: aquisição de conhecimentos relativos à promoção da parentalidade.

Objetivos específicos: clarificar conceitos relativos à parentalidade; apresentar o conceito de parentalidade positiva; apresentar estratégias para a promoção da parentalidade no contexto do serviço de urgência.

Desenvolvimento da sessão:

Momento	Conteúdos	Métodos/Técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo
Introdução	• Apresentação da formadora; • Apresentação da temática e dos objetivos propostos para a sessão; • Breve introdução da temática; • Apresentação dos diagnósticos de Enfermagem associados à parentalidade.	Método Expositivo/Técnica da Exposição	• Computador; • Apresentação PowerPoint.	Avaliação contínua/ Observação dos formandos	3 mins
Desenvolvimento	• Apresentação dos conceitos relacionados com a Parentalidade; • Apresentação de estratégias de promoção da Parentalidade no Serviço de Urgência.	Método Expositivo/Técnica da Exposição	• Computador; • Apresentação PowerPoint.	Avaliação contínua/ Observação dos formandos	15 mins
Conclusão	• Síntese da formação; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação da sessão formativa através de um questionário.	Método Expositivo/Técnica da Exposição	• Computador; • Apresentação PowerPoint.	Questionário de Avaliação da Formação	2 mins

APÊNDICE IV – SESSÃO DE FORMAÇÃO “A PARENTALIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA – CONCEITOS”



Sumário

- Introdução
- **Diagnósticos de Enfermagem**
- Objetivos da Sessão Formativa
- Conceitos
- Parentalidade na Urgência Pediátrica
- Conclusão

Diagnósticos de Enfermagem

CIPE

- Risco de desempenho do papel parental comprometido;
- Desempenho de papel parental comprometido.

NANDA-INTERNATIONAL

- Risco de Paternidade ou Maternidade prejudicada;
- Paternidade ou Maternidade prejudicada.

Relacionada com conhecimento insuficiente sobre a manutenção da saúde da criança **manifestado por**

- Disposição para paternidade ou maternidade melhorada.

Sumário

- Introdução
- Diagnósticos de Enfermagem
- **Objetivos da Sessão Formativa**
- Conceitos
- Parentalidade na Urgência Pediátrica
- Conclusão

Objetivos da Sessão Formativa

Objetivo geral:

- Adquirir conhecimentos relativos à promoção da parentalidade no contexto do serviço de urgência.

Objetivos específicos:

- Clarificar conceitos relativos à parentalidade;
- Apresentar o conceito de parentalidade positiva;
- Apresentar estratégias para a promoção da parentalidade no contexto do serviço de urgência.

Sumário

- Introdução
- Diagnósticos de Enfermagem
- Objetivos da Sessão Formativa
- **Conceitos**
- Parentalidade na Urgência Pediátrica
- Conclusão

Conceitos

PARENTALIDADE

- Processo contínuo e que se transforma no decorrer do desenvolvimento da criança;
- Assumir as responsabilidades de ser mãe/pai;
- Comportamentos destinados a facilitar a integração e promover o desenvolvimento da criança;
- Condicionado pela forma como os pais desempenham o papel, grau de compromisso, expectativas/influências da sociedade e tipo de apoio familiar.

Referências Bibliográficas:

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2018). - CIPIC 8 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.
- Guia Orientador de Risco Pré-natal - Adaptação à Parentalidade durante a Gravidez. Cadernos ON, Série 1, Número 6.
- Hochshtetler M., Wilcox D. (2011). Wrong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (2ª edição). Lutas, Associação - Edição Técnica e Científica, São Paulo, 978-083-748-004-1.

Conceitos

PARENTALIDADE POSITIVA:

- Relação contínua, afetiva e de suporte estabelecida entre os pais/cuidadores e criança;
- Essencial no bem-estar emocional da criança e no desenvolvimento da resiliência;
- Inclui afetos, educação, comunicação, tomar conta e responder às necessidades da criança de forma consistente e incondicional.

Referências Bibliográficas:

- European Commission (2019). Positive Parenting Interventions: Empowering parents with positive parenting techniques for lifelong health and well-being. DOI: 10.1016/j.0165-0325(19)30060-3. doi: 10.1016/j.0165-0325(19)30060-3.
- Zaky, A. et al. (2014). Positive Parenting. Nursing Forum, 49 (2), 200-208.

Conceitos

PARENTALIDADE POSITIVA:

- Conjunto de funções atribuídas aos pais na educação e no cuidar da criança, essenciais para o seu desenvolvimento e manutenção da saúde;
- Todo o comportamento parental que respeita os interesses e direitos da criança dispostos na Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos.

Referências Bibliográficas:

- Zaky, A. et al. (2014). Positive Parenting. Nursing Forum, 49 (2), 200-208.
- Torres, M., Escal, M. (2012). Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales. Saúde Latino-Americana Enfermagem, 20 (4), 787-795.

Conceitos

PARENTALIDADE POSITIVA – PRINCÍPIOS BÁSICOS:

- Necessidades de carinho/afeto/segurança;
- Proteger a criança de situações de perigo;
- Reconhecimento dos direitos e individualidade;
- Promover o desenvolvimento das suas capacidades;
- Fornecer alimentação, condições de higiene, cuidados de saúde, apoio financeiro e ambiente não violento.

Referências Bibliográficas:

- Gelfy, A. et al. (2013). Positive Parenting. Nursing Research, 19 (3), 202-208.
- Lopes, M., Dias, M. (2012). Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales. Revista Latino-Americana Enfermagem, 20 (4), 787-795.
- Council of Europe. Policy to support positive parenting.

Conceitos

PARENTALIDADE POSITIVA:

- A promoção e aquisição de competências de parentalidade positiva é recomendada no sentido de prevenir os maus-tratos e promover o desenvolvimento da criança nos primeiros três anos de vida.
- É necessário que o enfermeiro avalie os conhecimentos dos pais e a sua participação na tomada de decisão, para que a intervenção de enfermagem seja bem-sucedida.

Referências Bibliográficas:

- Lopes, M., Dias, M. (2012). Positive parenting by parents of children up to three years of age: development and validation of measurement scales. Revista Latino-Americana Enfermagem, 20 (4), 787-795.

Sumário

- Introdução
- Diagnósticos de Enfermagem
- Objetivos da Sessão Formativa
- Conceitos
- **Parentalidade na Urgência Pediátrica**
- Conclusão

Parentalidade na Urgência Pediátrica

- Durante o período de doença e, em certos casos, internamentos de curta duração, os pais preferem, sempre que possível, cumprir o seu papel parental/cuidador.
- É da nossa competência promover e permitir que o processo de parentalidade se mantenha tanto quanto possível, integrando a família nos cuidados e promovendo a tomada de decisão.
- A educação para a saúde e a aquisição de novas competências permitem aumentar a confiança no papel e promover a gestão de emoções e organização das tarefas.

Referências Bibliográficas:

- Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade Durante a Hospitalização. Cadernos DL, Série 1, Número 8.

Parentalidade na Urgência Pediátrica

- Integrar a família nos cuidados;
- Estabelecimento de relação terapêutica;
- Transmitir informações de acordo com o grau de conhecimento dos pais/cuidadores;
- Promover a tomada de decisão e negociação do plano de cuidados;

Referências Bibliográficas:

• Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização. Colônias OL, Série 1, Número 8.

Parentalidade na Urgência Pediátrica

- Valorizar competências e conhecimentos adquiridos;
- Apoiar na gestão de emoções e organização de tarefas;
- Manter rotinas e cuidados prestados pelos pais;
- Realizar ensinamentos sobre papel parental e cuidados à criança durante a hospitalização.

Referências Bibliográficas:

• Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização. Colônias OL, Série 1, Número 8.

Sumário

- Introdução
- Diagnósticos de Enfermagem
- Objetivos da Sessão Formativa
- Conceitos
- Parentalidade na Urgência Pediátrica
- **Conclusão**

Conclusão

- A promoção da parentalidade é essencial em todos os contextos de saúde e doença, tanto para os pais/cuidadores como para a criança;
- O estabelecimento de uma relação terapêutica e a parceria em cuidados são pilares importantes na parentalidade no contexto de doença;
- É função do enfermeiro promover este processo e apoiar a família no período de maior vulnerabilidade, prevenindo efeitos nefastos na parentalidade e relações de vinculação já estabelecidas.

Conclusão

COMO AVALIAMOS A EFICÁCIA DAS NOSSAS INTERVENÇÕES?

- Validação dos ensinios feitos ao longo do tempo;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Aquisição de novas competências, de forma a promover ganhos de saúde e uma maior autonomia e satisfação parental;
- Observação do comportamento e do papel durante a prestação de cuidados.

APÊNDICE V – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SESSÃO FORMATIVA (“A PARENTALIDADE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – CONCEITOS”)

No contexto do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, desenvolvi um projeto de estágio que aborda a temática Promoção da Parentalidade no Serviço de Urgência. O episódio de doença aguda e/ou agudização de doença crónica são momentos de especial vulnerabilidade para a família e, consequentemente, poderão trazer impactos negativos nas relações estabelecidas, uma delas a parentalidade. Neste sentido, é essencial conhecer e aplicar os conceitos relacionados com a parentalidade, desenvolver competências nesse sentido e implementar intervenções de Enfermagem que promovam o processo de parentalidade, diminuindo o risco de este se tornar comprometido.

Assim, após a apresentação da formação “A Parentalidade no Serviço de Urgência – Conceitos” solicito a sua participação no preenchimento de um rápido questionário, anónimo, de forma a avaliar a eficácia e pertinência desta temática e formação, sendo 1 insatisfatório e 5 muito satisfatório.

Agradeço, desta já, a colaboração e disponibilidade.

	1	2	3	4	5
1. A temática da sessão de formação foi adequada ao contexto de Serviço de Urgência.					
2. Os objetivos da sessão de formação foram concisos e sucintos.					
3. O formador demonstrou dominar a temática e clareza no discurso ao longo da sessão.					
4. Os materiais utilizados durante a sessão de formação foram adequados.					

APÊNDICE VI – PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO “*THE BUTTERFLY PROJECT* – PERDA DE UM RECÉM-NASCIDO DE GRAVIDEZ GEMELAR/MÚLTIPLA”

Formador: Ana Catarina Mourão Simões, Enfermeira e Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica

Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Tema: *The Butterfly Project* – Perda de um recém-nascido de gravidez gemelar/múltipla

Duração: 30 minutos

Grupo destinatário: Equipa de Enfermagem do Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Local: Hospital de Lisboa

Data: 28 de setembro de 2021

Hora: 14h

Objetivo geral: apresentação do *Butterfly Project*.

Objetivos específicos: explicar a pertinência e benefícios do *Butterfly Project* no contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; apresentar as *guidelines* existentes para a implementação do projeto.

Desenvolvimento da sessão:

Momento	Conteúdos	Métodos/Técnicas	Recursos	Avaliação	Tempo
Introdução	• Apresentação da formadora; • Apresentação da temática e dos objetivos propostos para a sessão; • Breve introdução da temática.	Método Expositivo/Técnica da Exposição	• Computador; • Apresentação PowerPoint.	Avaliação contínua Observação dos formandos	5 mins
Desenvolvimento	• Apresentação do <i>Butterfly Project</i>; • Apresentação das <i>guidelines</i> desenvolvidas; • Apresentação do site do projeto.	Método Expositivo/Técnica da Exposição	• Computador; • Apresentação PowerPoint.	Avaliação contínua Observação dos formandos	20 mins
Conclusão	• Síntese da formação; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliação da sessão formativa através de um questionário.	Método Expositivo/Técnica da Exposição	• Computador; • Apresentação PowerPoint.	Questionário de Avaliação da Formação	5 mins

The Butterfly Project

Perda de um recém-nascido de gravidez gemelar/múltipla

Elaborado por: Ana Catarina Mourão Simões,
aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica

Apresentação elaborada no âmbito da
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório

PONTIFICAL CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUACÃO EM ENFERMAGEM
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO


```
graph LR; A[Objetivos da sessão] --> B[Introdução]; B --> C[The Butterfly Project]; C --> D[Conclusão]
```

Objetivos da sessão

Introdução

The Butterfly Project

Conclusão

Objetivo geral: apresentação do Butterfly Project.

Objetivos específicos:

- Explicar a pertinência e benefícios do Butterfly Project no contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;
- Apresentar as guidelines existentes para a implementação do projeto.

- Partos gemelares e/ou múltiplos estão a aumentar globalmente.
- INE – a gravidez mais tardia, mães com comorbilidades associadas e a necessidade de recorrer a técnicas de reprodução medicamente assistidas contribuem para este aumento.
- Ados-vivos gemelares diminuiu ligeiramente em Portugal, entre 2014 e 2019 (3,2% para 3,0%). Partos nados-vivos pré-termo (< 37s) e de muito baixo peso (< 2500g) aumentaram no mesmo período.
- Partos pré-termo e gemelares/múltiplos têm maiores comorbilidades e problemas associados à prematuridade.
- Maior ansiedade e vinculação diferente nos pais de gémeos/múltiplos, com maior medo da possível morte de um ou mais bebés.

THE BUTTERFLY PROJECT

- Projeto criado por equipa de profissionais de saúde com mais de 10 anos de experiência em UCIN.
- Inexistência do apoio adequado** – necessidade de desenvolver *guidelines* e competências para apoiar pais que perdem um ou mais RN fruto de uma gravidez gemelar/múltipla.
- Pais experienciam sentimentos dispare** – luto e pesar pela perda de um ou mais filhos, e felicidade e esperança na sobrevivência do(s) outro(s).
- Desenvolvimento de *guidelines* (múltiplas línguas), folhetos, testemunhos e recursos para formação dos profissionais e apoio aos pais.**

Referências bibliográficas:

Crowe L, Edwards N, Rankin J. Investigating available resources on loss from a multiple pregnancy to inform practice. *Infant*. 2015; 11(4): 125-34. [Openfile](#) [em](#)
 Crowe L, Edwards N, Rankin J. Investigating available resources on loss from a multiple pregnancy to inform practice.
 Hayes L, Rankin J, Crowe L, Campbell C, Edwards N, Rankin J. Development of guidelines for health professionals supporting parents who have lost a baby from multiple pregnancy. *Infant*. 2015; 11(5): 164-66. [Openfile](#)
[em](#) [https://www.researchgate.net/publication/275498734](#)
 The Butterfly Project - [https://www.butterflyproject.org/](#)

THE BUTTERFLY PROJECT

Guidelines

- Reconhecer estatuto de gémeo/múltiplo;
- Reconhecer a perda;
- Providenciar apoio emocional;
- Fornecer Informação apropriada;
- Promover continuidade de cuidados;
- Oferecer/permitir a criação de memórias;
- Gestão de berços/incubadoras na unidade;
- Preparar os pais para a alta hospitalar.

Referências bibliográficas:

Hayes L, Rankin J, Crowe L, Campbell C, Edwards N, Rankin J. Development of guidelines for health professionals supporting parents who have lost a baby from multiple pregnancy. *Infant*. 2015; 11(5): 164-66. [Openfile](#)
[em](#) [https://www.researchgate.net/publication/275498734](#)
 The Butterfly Project - [https://www.butterflyproject.org/](#)



About us

We are a group of nurses, doctors and academics who have worked with parents over the last 10 years. Our initial research interests involved exploring the experiences of parents whose baby had died on a neonatal unit following an active decision to limit further intensive treatment. We also spoke to staff who cared for these babies. We heard from parents who had lost one baby from a multiple (twin) pregnancy and this helped develop our next research study. For this study we spoke with parents who had lost a baby, but still had at least one surviving baby from the same pregnancy (twins/ triplets), and we also spoke to more healthcare staff. We published these studies in medical journals ([see our resources page](#)).

We wanted to use our knowledge to try and improve care for parents in the future, by improving staff knowledge, understanding and practice. During our workshops, one of the parents suggested that we use a Butterfly cot card to signify the twin status for the surviving baby and we first started using this in 2015. We have made these Butterfly cot cards freely available to ~300 hospitals worldwide including the UK, North, South and Central America. We have translated our guidelines into 5 other languages. Eight families who had not been part of our original research kindly agreed to take part in the film project (2016-17) around which this website is based.

ABOUT US
 HOW TO USE
 THEMES & GUIDELINES (FILMS)
 RESOURCES
 PARENTS' STORIES
 FEEDBACK
 CONTACT US



How to use

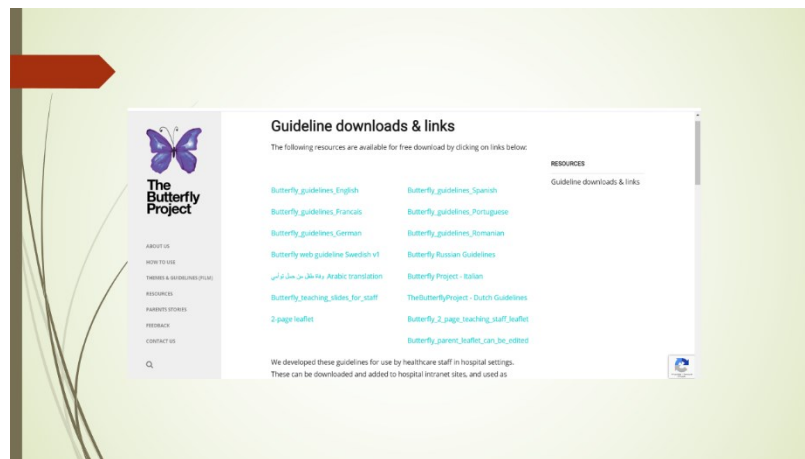
This website is designed for health professional and others working in higher education in the health sector. Navigation is by using the left hand pane to move between the different pages and content. To view the films you will need to register first. The website consists of a series of film clips in 2 sections 1) [themes](#) - there are 8 themes that arose out of our original research work 2) [guidelines](#) - this is divided into 8 sections each dealing with a different practical aspect of providing care, generally focused for health care settings e.g. hospitals and clinics. Users may choose to start viewing the themes or the guidelines, necessarily this is some overlap.

The website and resources can be used by an individual learner, but can be used to facilitate small group teaching. We will be providing additional resources to help facilitators organise teaching sessions over the next few months.

There are downloadable resources - guidelines, leaflets and powerpoint slides available [here](#). Our guidelines are also available in several other languages including Spanish, Portuguese, German, French and Romanian. If you can offer an additional language translation please [let us know](#) There are pages for [clinical practice points](#) and advice for [families and friends](#), as well as links to other organisations both on our [guidelines page](#), but also specifically for families [here](#). There are also stories written by [parents](#). We will expand resources to support families over the next few months.

We are keen to receive feedback on ways in which we can develop and improve our content - please contact us [here](#).

ABOUT US
 HOW TO USE
 THEMES & GUIDELINES (FILMS)
 RESOURCES
 PARENTS' STORIES
 FEEDBACK
 CONTACT US



CONCLUSÃO

- A perda e o luto dos pais nas unidades de cuidados intensivos neonatais são experiências vivenciadas por toda a equipa.
- Enquanto enfermeiros e prestadores de cuidados, devemos estar munidos de competências e capacidades que nos permitam lidar com a morte do RN e o apoio necessário aos pais.
- A perda de um ou mais RN frutos de uma gravidez gemelar/múltipla apresenta uma complexidade acrescida pela dualidade de sentimentos.
- Reconhecer o estatuto de gémeo, reconhecer a perda, fornecer memórias e proporcionar apoio emocional são estratégias essenciais para evitar o luto patológico.

Obrigada pela atenção!

A graphic of a purple butterfly with white spots on its wings, set against a light purple background within a square frame.

APÊNDICE VIII – FOLHETO INFORMATIVO “*PROJETO BORBOLETA – COMO LIDAR COM A PERDA DE UM BEBÊ DE GRAVIDEZ GEMELAR/MÚTIPLA?*”

Folheto realizado por: Ana Catarina Mourão Simões, Enfermeira e Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Para mais informações podem consultar o site do projeto:

<https://www.neonatalbutterflyproject.org/>



Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Setembro 2021

Projeto Borboleta

Como lidar com a perda de um bebé de gravidez gemelar/múltipla?



Aos Pais...

Entregamos este folheto informativo porque sofreram a perda de um ou mais bebês da vossa gravidez.

Desejamos as mais sinceras condolências pela vossa perda.

Esperamos que este projeto, desenvolvido no Reino Unido, vos proporcione algum consolo e apoio neste momento de dor.



O que é o Projeto Borboleta?

É um projeto criado por profissionais de saúde que trabalham há mais de 10 anos nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

Foi criado pela necessidade de ajudar os pais a lidar com a perda de um ou mais filhos fruto de uma gravidez gemelar/múltipla e a sobrevivência dos restantes bebês.

A Borboleta é colocada na incubadora ou no berço do(s) bebé(s) sobrevivente(s) para simbolizar o seu estatuto de gémeo/múltiplo, tendo em conta os desejos dos pais/família.



Para que serve?

A Borboleta foi um símbolo sugerido e adotado para simbolizar um ou mais bebês sobreviventes de gravidez gemelar/múltipla.

Tem como principais objetivos:

- Reconhecer o estatuto de gémeo;
- Reconhecer o luto e a perda dos pais, permitindo a verbalização de sentimentos e dar espaço para falar da perda que sofreram;
- Proporcionar apoio emocional, dando informações de forma contínua;
- Proporcionar continuidade, já que é importante reconhecer quem cuida do(s) vosso(s) filho(s);
- Oferecer memórias, de forma a recordar os momentos dos gémeos juntos;
- Preparação para a alta hospitalar, um momento importante e considerado difícil.