

A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Elsa Margarida Henriques da Silva

Orientadora:

Mestre Regina Ferreira

(Professora Adjunta)

Co-orientadora:

Mestre Maria Lurdes Torcato

(Professora Coordenadora)

2015, fevereiro

PENSAMENTO

**“ Diz-me e eu esquecerei.
Ensina-me e eu lembrar-me-ei.
Envolve-me e eu aprenderei.”**

Proverbio chinês

DEDICATÓRIA

A todas as Crianças e Pais, que Cuidamos.

AGRADECIMENTOS

À minha filha, mesmo passando por momentos difíceis na minha ausência, sempre me incentivou, com o seu otimismo e boa disposição.

Ao meu marido pelo apoio, paciência e incentivo nos momentos mais difíceis.

À Sr.ª Prof.ª Regina pela disponibilidade, partilha de saberes e orientação durante todo o percurso de aprendizagem.

À Sr.ª Prof.ª Maria Lurdes Torcato pela disponibilidade e orientação na etapa final.

À Enfermeira Patrícia Nascimento e a toda a equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria, pelo acolhimento, disponibilidade, aprendizagens e partilha de saberes.

À Enfermeira Marina Afonso e a toda a equipa multidisciplinar do Serviço de Neonatologia, pela dedicação, disponibilidade e aprendizagens no cuidar de prematuros.

À Enfermeira Cláudia Lourenço e a toda a equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência Pediátrica, pelo acolhimento, disponibilidade, aprendizagens e partilha de saberes.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, me deram força e coragem para continuar, nesta fase difícil da minha vida!

A todos VÓS, o meu MUITO OBRIGADA!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CMESJ - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
- DGS - Direção Geral de Saúde
- ed. - edição
- Enf.^a - Enfermeira
- Enf.^o - Enfermeiro
- Et al – entre outros
- Ex. - Exemplo
- GEA - Gastroenterite Aguda
- GLINT - Global Intelligent Technologies
- ISBN - International Standard Book Number
- ISSN - International Standard Serial Number
- Ltda - Limitada
- MeSH - Medical Subject Headings
- NIDCAP - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-nascido
- 9.^o - Nono
- N.^o/n.^o - Número
- 8.^a - Oitava
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- ORL - Otorrinolaringologia
- p.- página
- pp. - páginas
- PBE - Prática Baseada na Evidência
- PDF – Portable Document Format
- PI(C)O - População, Intervenção, Comparação, Outcomes
- 1.^a - Primeira
- 1.^o - Primeiro
- Prof.^a – Professora
- 5.^a - Quinta
- REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RN - Recém-nascido

RPQCEESCJ -Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em
Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SAPE -Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

2ª - Segunda

Sr.ª - Senhora

SU - Serviço de Urgência

7ª - Sétima

3ª – Terceira

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Vol. – Volume

RESUMO

Cuidar em Pediatria remete para uma filosofia de cuidados centrada na criança/jovem e família. Considerando os pais, os melhores prestadores de cuidados, constituem-se parceiros na prestação de cuidados à criança. Assim, é fundamental que os Enfermeiros apoiem os pais durante as transições do ciclo de vida e desenvolvam intervenções que promovam a parentalidade com o objetivo de os dotar de competências parentais e de conhecimentos, para cuidarem dos seus filhos em situação de doença.

Metodologia: RSL, com pesquisa em bases de dados científicos (2009 - 2014).

Objetivo: Analisar as intervenções desenvolvidas pelo Enfermeiro na promoção da parentalidade através da PBE.

Resultados: Evidências revelam a importância dos cuidados centrados na família, embora complexos. O apoio aos pais, a relação de parceria e de confiança e a capacitação, são cruciais na promoção da parentalidade.

Conclusões: Mobilizar a PBE na área da Parentalidade contribui para uma intervenção de enfermagem competente, científica e atual.

Palavras-Chave: Cuidar, Enfermeiro, pais, criança doente, parentalidade.

ABSTRACT

Care in Paediatrics relates to a philosophy of care focused on the child/young person and their family. Being the parents the best caregivers, they become partners in the child caring. Hence, it is essential that Nurses support parents during lifecycle transitions and develop interventions that promote parenthood, aiming at equipping them with parental skills and knowledge so they can take care of their children in a disease situation.

Methodology: Systematic review of the literature, with research on scientific databases (2009 - 2014).

Goal: Analyze the Nurse's interventions when promoting parenthood through evidence-based practice.

Results: Evidences show the importance of caring focused on the family, although complex. The support given to the parents, the partnership and trust relationship, as well as the empowerment are crucial in the promotion of parenthood.

Conclusions: Mobilize evidence-based practice at Parenthood contributes to a competent, scientific and current nursing intervention.

Keywords: Care, Nurs*, Parents, Sick child, Parenting.

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	21
1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	25
1.1- CUIDAR EM PEDIATRIA - CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA.....	25
1.1.1- Modelo de Parceria de Anne Casey	27
1.2- PARENTALIDADE, PAPEL PARENTAL E FAMÍLIA.....	31
1.3- HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA - PAIS NO HOSPITAL.....	34
2- ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO - ADQUIRINDO AS COMPETÊNCIAS	37
2.1- ESTÁGIO DE PEDIATRIA.....	37
2.2- ESTÁGIO DE NEONATOLOGIA.....	43
2.3- ESTÁGIO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	47
3- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	51
3.1- METODOLOGIA DE PESQUISA.....	51
4- ANÁLISE REFLEXIVA COM BASE NAS EVIDÊNCIAS	55
5- CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	69
ANEXO I - Projeto de estágio II.....	71
ANEXO II - Recomendações aos Pais.....	103
ANEXO III - Instrução de trabalho - “O Papel Parental”	111
ANEXO IV - Os Cuidados ao RN Prematuro na UCIN.....	115
ANEXO V - Folheto “ A Importância de Serem Pais”	127
ANEXO VI - Processo de pesquisa nas bases de dados.....	131
ANEXO VII - Análise dos artigos.....	141
ANEXO VIII - Escala dos níveis de evidência.....	157

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura nº 1 - Modelo de Enfermagem de Parceria.....	29

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº 1 - Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação.....	52
Quadro nº 2 - Limitadores de pesquisa na base de dados.....	53
Quadro nº 3 - Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos.....	54

INTRODUÇÃO

Este Relatório é desenvolvido no âmbito do plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (CMESCJ), surgindo com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem. Representa o percurso formativo de aprendizagem da Mestranda no decorrer da Unidade Curricular Estágio II e Relatório, que contempla os seguintes Estágios: Estágio de Pediatria Médica e Cirúrgica que foi realizado no período de 28 de Outubro a 6 de Dezembro de 2013; Estágio de Neonatologia, que foi realizado no período de 9 a 20 de Dezembro de 2013 e de 6 a 24 de Janeiro de 2014 e o Estágio de Urgência Pediátrica que teve início a 3 de Fevereiro de 2014 e terminou a 28 de Fevereiro de 2014.

O período de ensino clínico desenvolveu-se sob a orientação da Sr.ª Professora Regina Ferreira e a supervisão das Enfermeiras Cooperantes dos respetivos contextos, tendo por base os objetivos definidos para o Estágio II do CMESCJ, nomeadamente:

- Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua Saúde;
- Prestar cuidados de Enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;
- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

As intervenções nos vários contextos de ensino clínico foram desenvolvidas com base na filosofia de cuidados em Pediatria e de acordo com as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, conduzindo à aquisição de competências que conferem o grau de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Cuidar em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nos diversos contextos, remete para uma filosofia baseada numa abordagem centrada na criança e família, implicando um reconhecimento especializado e uma intervenção focalizada nas necessidades, características e expectativas desta díade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Cabe então, ao enfermeiro especialista, apoiar, respeitar, encorajar e enfatizar as potencialidades e as competências da família (Hockenberry e Wilson, 2011).

De acordo com o regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro

especialista nesta área utiliza um modelo de intervenção, cujo enquadramento conceptual se centra na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos cuidados e trabalha em parceria com a criança/família ou pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2010).

A Mestranda pretendeu desenvolver uma prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica, na área da Parentalidade, sendo esta a sua área de interesse. Ao longo dos estágios pretendeu Promover o Papel Parental, estabelecendo uma relação de parceria de cuidados com a criança/jovem e família, privilegiando assim na prática de cuidados, os princípios orientadores do Modelo de Parceria de cuidados de Anne Casey. Salienta-se a sua importância ao nível do reconhecimento e respeito pela família nos cuidados à criança, conduzindo a que as necessidades da criança/família sejam centrais ao processo de cuidar, tendo o Enfermeiro Especialista uma intervenção primordial na promoção do ensino e apoio, de modo a capacitar a família na tomada de decisão (Casey,1993).Este modelo valoriza o amor como forma de cuidar, motivo pelo qual os pais são os melhores prestadores de cuidados ao seu filho. Assim sendo, torna-se importante promover o papel parental, de forma a manter a força dos papéis e laços familiares com a criança, promovendo o bem-estar da unidade familiar.

Com o nascimento do primeiro filho inicia-se uma nova etapa do ciclo vital da família, a Família com filhos pequenos. Com o novo elemento surge então um novo subsistema, o subsistema Parental. Esta mudança na vida do casal vai implicar uma reorganização familiar, caracterizada por uma definição de papéis e de tarefas parentais (Relvas, 2000).

Os Enfermeiros desempenham um papel preponderante na adaptação ao processo da Parentalidade. É importante que os profissionais aumentem o conhecimento científico acerca da Parentalidade, de modo a proporcionar à criança/jovem/família e sociedade em geral o benefício e influência positiva da mesma. Torna-se relevante cuidar em parceria com os pais no sentido de os dotar de competências parentais e de conhecimentos específicos de modo a ficarem aptos a identificar e acompanhar as diferentes etapas do desenvolvimento dos seus filhos.

O presente relatório aborda a temática “A promoção do Papel Parental”. Tendo em conta a temática referida, a Mestranda pretendeu desenvolver a prática baseada na evidência em torno da **“Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade com a criança/pais dos 0 aos 5 anos, em situação de doença”**.

O relatório de estágio tem os seguintes objetivos específicos:

- Descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas nos vários contextos de acordo com os objetivos definidos no projeto de Estágio II (Anexo I);

- Evidenciar a aquisição de competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;

- Fundamentar as atividades e competências desenvolvidas no sentido de uma Enfermagem Avançada;

- Enquadrar a Prática Baseada na Evidência com recurso à metodologia Científica;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/Intervenção de Enfermagem;
- Servir como instrumento de avaliação.

O presente relatório encontra-se dividido em capítulos, iniciando-se com a introdução, segue-se um capítulo de enquadramento concetual de acordo com a temática abordada, nomeadamente: cuidar em Pediatria, filosofia de cuidados em Pediatria, modelo de parceria de Anne Casey, parentalidade, papel parental e família e hospitalização da criança. No segundo capítulo elabora-se uma análise reflexiva fundamentada face ao processo de aprendizagem nos vários contextos, tendo em conta os objetivos, as atividades realizadas e as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do Estágio II. O terceiro e quarto capítulo enquadram a prática de Enfermagem avançada baseada na evidência com recurso à metodologia científica. Por último segue-se um capítulo respeitante às conclusões gerais e por fim as referências bibliográficas de suporte ao relatório.

1- ENQUADRAMENTO CONCETUAL

Tendo em consideração a temática sobre a Parentalidade e tendo como objetivo Promover o Papel Parental, de modo a contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos pais de uma criança dos 0 aos 5 anos em situação de doença, torna-se importante um enquadramento concetual sobre: Cuidar em Pediatria, Modelo de Parceria de Anne Casey, Parentalidade, Papel Parental e Família e Hospitalização da criança.

1.1 - CUIDAR EM PEDIATRIA - CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

As intervenções de Enfermagem devem sustentar-se na utilização de modelos conceptuais que se constituam quadros de referência estruturantes para a prestação de cuidados. A prestação de cuidados de Enfermagem engloba dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. De acordo com o Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, nos termos do n.º2, do artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE:4) as intervenções autónomas de Enfermagem são:

as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, sejam na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

De acordo com o mesmo Decreto-Lei, nos termos do nº3 do artigo 9.º, as intervenções interdependentes consideram-se:

as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

A profissão de enfermagem está desde o seu início ligada a um conceito: o Cuidar, incitando nos profissionais de saúde uma necessidade constante de desenvolver competências com vista à prestação de cuidados de excelência. Collière (1999) afirma que cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente um

ato de reciprocidade que prestamos à pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem (2011), o conceito de pessoa é considerado nesta área de especialidade sob o binómio: criança/jovem e família. “Esta apresenta-se dependente dos cuidados da família, de forma a suprimir as suas necessidades, com vista ao seu desenvolvimento saudável, até adquirir novas capacidades e conhecimentos, que lhe permita ser cada vez mais independente até alcançar a autonomia” (OE, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem [RPQCEESCJ],2011:12).

As crianças não são adultos em miniatura, mas indivíduos especiais com mentes, corpo e necessidades únicas (Hockenberry e Wilson, 2011). Ao enfatizar os cuidados de enfermagem às crianças, como um ser holístico, é imprescindível compreender as suas necessidades biopsicossociais e culturais, de acordo com a sua fase de desenvolvimento. Segundo Marcondes (1999), citado por Tacsí (2005) o crescimento e o desenvolvimento da criança no período pós-natal são delimitados por três fases, a infância engloba a etapa de lactância (29 dias a 3 anos), do pré-escolar (3 a 6 anos), e do escolar (6 a 10 anos).

Quando o Enfermeiro cuida de uma criança, tem que ter em conta algo mais que a criança em si, a família da criança, esta transporta uma perspetiva única para as questões relacionadas com a sua saúde. Cada vez mais se defende a participação da família no processo de cuidar, surgindo como consequência, o conceito de parceria de cuidados entre enfermeiro/pessoa/família. Cuidar em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nos diversos contextos remete assim para uma abordagem centrada na Criança/Jovem e Família, implicando um reconhecimento especializado e uma intervenção focalizada nas necessidades, características e expetativas desta díade (OE,2010).

Em Pediatria, os cuidados centrados na família, mais do que um objetivo a alcançar, são uma realidade, reconhecendo-se atualmente a importância da permanência da família junto da criança, para a melhoria do seu estado de saúde. A enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá ao bem-estar e a saúde aos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar os cuidados centrados na família como parte integrante da prática de enfermagem (Wright e Leahey, 2002).

O objetivo dos cuidados centrados na família é manter a força dos papéis e laços familiares com a criança, de forma a promover o bem-estar da unidade familiar. Os Cuidados centrados na família visam fornecer apoio profissional à criança e família através de um processo

de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados (Smith *et al*, 2006).

A filosofia de cuidados centrados na família reconhece a família como uma constante na vida da criança, que os profissionais de saúde devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a sua força e competência, desenvolvendo uma parceria com os pais (Hockenberry e Wilson, 2011).

1.1.1- Modelo de parceria de Anne Casey

A necessidade de os pais participarem nos cuidados de saúde dos seus filhos tem sido reconhecida por diversos autores. Em 1988, Anne Casey (enfermeira neozelandesa) desenvolveu a partir do modelo de cuidados centrados na família um modelo de cuidados pediátricos “Modelo da Parceria de Cuidados” em que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada. A autora destaca no seu modelo um princípio fundamental: reconhecer que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos. Na situação de doença para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor, reconhecendo-se aqui a primazia do papel da família, nomeadamente dos pais (Casey,1993, citada por Mano, 2002).

Salienta-se a sua importância ao nível do reconhecimento e respeito pela família nos cuidados à criança, conduzindo a que as necessidades da criança/família sejam centrais ao processo de cuidar, tendo o Enfermeiro Especialista uma intervenção primordial na promoção do ensino e apoio, de modo a capacitar a família na tomada de decisão (Casey,1993). Tal ideia é reforçada pela Ordem dos Enfermeiros, na medida em que esta preconiza que a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem se “ caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” ao que acresce que as intervenções de Enfermagem serão otimizadas “se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados “ (OE, 2003:8).

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey engloba cinco conceitos principais: a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro (Casey, 1993, citado por Farrel, 1994);

❖ Criança

As necessidades da criança são, desde o momento do nascimento, muito dependentes de outras pessoas. A maioria destas necessidades é satisfeita pelos pais ou por outros familiares. À medida que a criança cresce e se desenvolve, adquire novas capacidades e conhecimentos, sendo cada vez mais capaz de satisfazer as suas próprias necessidades, tornando-se assim mais

independente em relação aos seus prestadores de cuidados até à independência total. (Casey, 1993, citado por Farrel, 1994).

❖ **Saúde**

A saúde é o estado ótimo de bem-estar físico e mental que permite que a criança atinja todo o seu potencial. A existência de um défice de saúde não reconhecido ou não corrigido, pode comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança (Casey, 1993, citado por Farrel, 1994).

❖ **Ambiente**

O desenvolvimento de uma criança pode ser afetado por um certo número de estímulos que têm origem no ambiente que a rodeia. Assim, a criança para atingir a sua independência necessita de proteção, segurança, estímulo e amor. (Casey, 1993, citado por Farrel, 1994).

❖ **Família**

A família é descrita como o conjunto de pessoas que possuem a responsabilidade maior pela prestação de cuidados à criança e, que influenciam fortemente o seu crescimento e desenvolvimento. Embora os pais detenham a maior responsabilidade pela prestação de cuidados, o modelo não exclui o envolvimento e influência de outros. Os cuidados prestados pela família ou, no caso da criança mais velha, os cuidados prestados por ela própria, são chamados “cuidados familiares” e incluem todos os cuidados prestados de forma a satisfazer as necessidades no dia-a-dia da criança (Casey, 1993, citado por Farrel, 1994).

❖ **Enfermeiro**

O enfermeiro deve apenas desenvolver cuidados de enfermagem, que são os cuidados mais técnicos e especializados, incentivando os pais a prestar os cuidados familiares, de suporte às necessidades básicas da criança, (higiene, alimentação...). Só deverá interferir se a família não tiver as capacidades ou conhecimentos necessários para garantir a eficácia desses mesmos cuidados. Como tal, o principal papel do enfermeiro é a supervisão. Deve prestar cuidados especializados à criança, sempre que o seu estado de saúde assim o exija, permitindo que a família desempenhe as atividades de cuidados familiares. Contudo, não deve existir uma fronteira fixa, devem sim ser desenvolvidas ações complementares tendo como fim o máximo bem-estar da criança. Deste modo, é possível o enfermeiro desempenhar atividades familiares e os pais desempenharem cuidados mais especializados, desde que devidamente orientados e supervisionados pelo enfermeiro (Farrel, 1994).

A família deve ser encorajada e envolver-se no planeamento e implementação dos cuidados à criança/jovem, sob orientação dos Enfermeiros. O grau de participação depende de família para família. Os cuidados de apoio prestados pelo Enfermeiro incluem a reavaliação da

capacidade dos pais no envolvimento dos cuidados e a renegociação na responsabilização de cuidados sempre que necessário (Casey,1993, citado por Farrel 1994).

Os enfermeiros ao reconhecerem os pais como sendo os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, devem desenvolver competências de comunicação, relação de ajuda, ensino e de trabalho em grupo. As estratégias de apoio visam o envolvimento dos pais nos cuidados a prestar ao filho, através do desenvolvimento de uma relação de ajuda entre os pais e o enfermeiro, como se realça através da Figura 1.

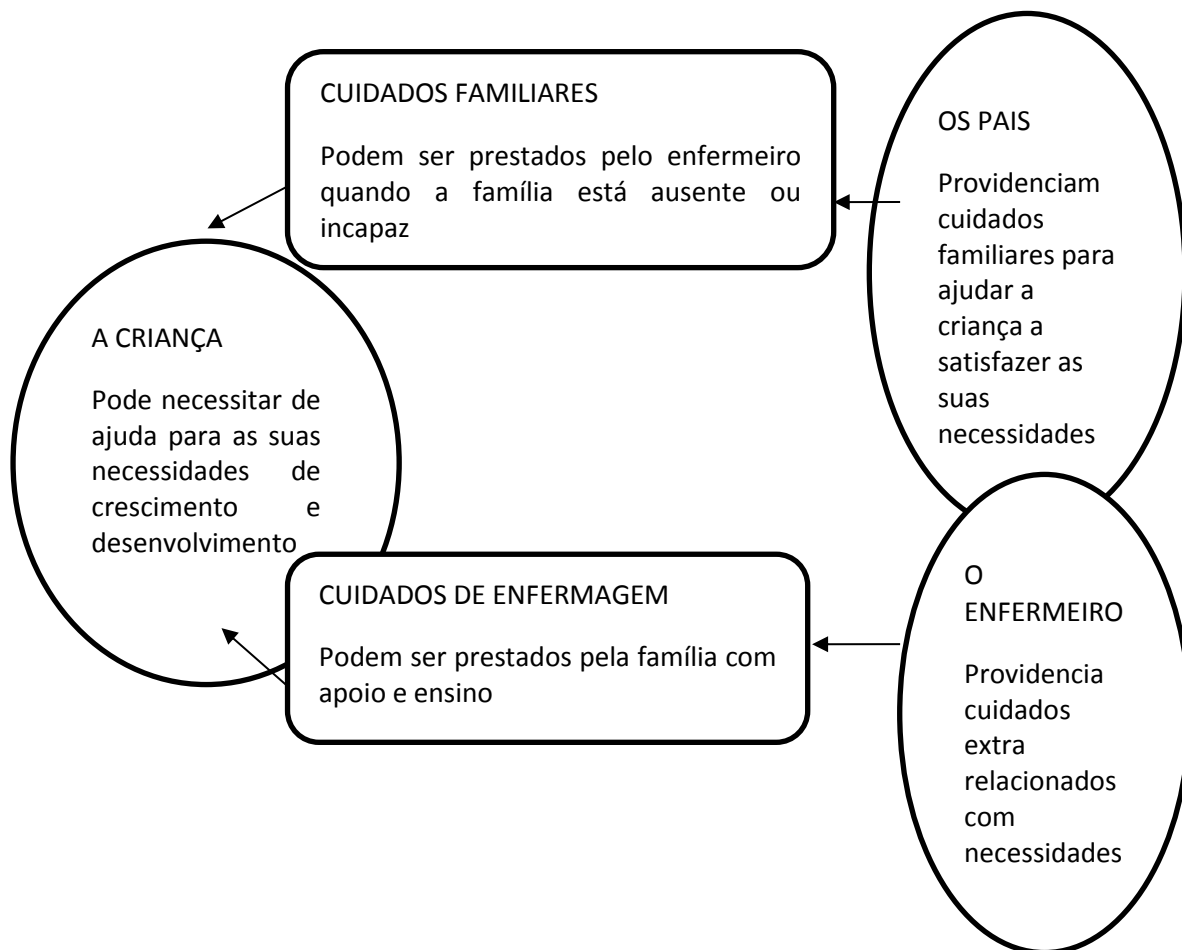


Figura nº 1 – Modelo de Enfermagem de Parceria nos cuidados (adaptado de Mano, 2002)

Através do ensino, o enfermeiro orienta os pais nos cuidados a prestar, partilhando conhecimentos e ensinando técnicas apropriadas que possibilitem a aquisição de competências por parte dos pais que permitam a satisfação adequada das necessidades dos seus filhos (Farrel, 1994).

O Modelo de Parceria de Cuidados ilustra as inter-relações entre a criança, família e enfermeiro da pediatria. Assim, a parceria enfermeiro-pais é um:

mecanismo poderoso para a capacitação e potencialização familiar, reconhecendo aos pais o direito de decidir sobre o que é importante para o seu filho doente e para o sistema familiar. A colaboração é vista como um *continuum* e a família tem opção de estar em qualquer lugar desse *continuum* consoante as suas capacidades e necessidades (Marinheiro, 2002:55).

De acordo com Casey (1993), citado por Farrel (1994), o enfermeiro presta cuidados à família para que a criança tenha as suas necessidades satisfeitas. Este modelo permite um desenvolvimento físico, social e emocional, quer da criança, quer da própria família, pois nele os pais não são visitantes, nem técnicos, mas sim parceiros no cuidar.

Casey (1993) citada por Mano (2002) refere dois elementos principais que facilitam uma abordagem de parceria:

- ❖ **Cuidados centrados na criança e família** - consiste em dar poderes à criança e família, partilhando informações e conhecimentos, capacitando-os para a tomada de decisão e prestação de cuidados;
- ❖ **Cuidados negociados** - são considerados como a relação terapêutica construída entre o enfermeiro e os pais, com base na confiança e respeito mútuos. O processo de negociação conduz a um plano de cuidados com acordo mútuo e a um nível de participação na prestação de cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um.

A mesma autora refere ainda que existem fatores que influenciam a parceria de cuidados, sendo eles: a relação de parceria entre o enfermeiro e os pais, a cultura organizacional e o método de organização de trabalho de Enfermagem.

- ❖ **A relação de parceria entre o enfermeiro e os pais** é fundamental para estabelecer esta relação é “o dar poder” à família, através da partilha de conhecimentos e informações. A abordagem do enfermeiro aos pais durante a admissão é determinante para o sucesso de um processo de parceria.
- ❖ **A cultura organizacional** - o enfermeiro que presta cuidados em parceria, deve exemplificar e refletir os atributos e as qualidades consideradas importantes para o desenvolvimento de uma relação de parceria.
- ❖ **O método de organização do trabalho de enfermagem** - o método por enfermeiro de referência é fundamental, pois só assim é possível a existência de um enfermeiro que estabeleça com a família uma relação de confiança. Este é um dos fatores que mais influencia a parceria de cuidados.

1.2 - PARENTALIDADE, PAPEL PARENTAL E FAMÍLIA

O Conselho Internacional dos Enfermeiros reconheceu que a Parentalidade e a adaptação à Parentalidade mereciam a atenção dos Enfermeiros, considerando-as, como um foco da sua prática de cuidados. Na versão 1.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a Parentalidade aparece descrita como:

Acção de Tomar Conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (CIPE,2006:43).

A parentalidade tem o potencial de intervir ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança, a sua ausência ou alteração pode interferir no saudável crescimento e desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no surgimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage; Everett e Bullock, 2006).

A adaptação à parentalidade é considerada um processo de transição na vida das famílias, e é descrita na versão 1.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como sendo uma:

Acção de parentalidade com as seguintes características específicas: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender acções para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados (CIPE,2006:43).

O nascimento do primeiro filho é um acontecimento marcante na vida dos indivíduos, as implicações que daí advém impõem mudanças aos mais diferentes níveis e exigem respostas variadas por parte das pessoas. Esta opinião é partilhada por Relvas (2000), ao afirmar que tornar-se mãe/pai é um acontecimento que leva à alteração de papéis e à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente à família de origem e à comunidade. De acordo com a CIPE (2006:43)

Papel Parental é:

um tipo de Interação de Papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente.

É esperado que os pais cuidem dos seus filhos por um longo tempo, proporcionando-lhes condições ideais para o seu crescimento e desenvolvimento social, emocional e cognitivo (Ramos, 2005). No entanto, o desempenho desta tarefa exige mudanças significativas na vida das pessoas

podendo, muitas vezes, pôr em risco o bem-estar da família. Cruz (2005) refere que a Parentalidade é a tarefa mais desafiante da vida adulta e os pais constituem uma das influências mais importantes na vida dos seus filhos.

A transição para a parentalidade é um fenómeno complexo que requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e aquisição de novas habilidades para o assumir do novo papel (Vieira, 2008). É um processo de transformação individual, conjugal e social (Ramos, 2005), através do qual os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na vida da criança (Meleis; Sawyer, IM; Messias; DeAnne e Schumacher, 2000).

Segundo Meleis *et al*, (2000), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências. Na opinião de Harrison (2004), o contributo da Enfermagem é crucial para o sucesso da transição. Torna-se relevante dotar os pais de competências e conhecimentos específicos de modo a ficarem aptos a identificar e acompanhar as diferentes etapas do desenvolvimento dos seus filhos.

Da teoria de Enfermagem sobre as transições, sobressai a ideia de que o enfermeiro tem o dever de assistir as pessoas e ajudá-las a gerir as transições ao longo da vida (Meleis *et al*, 2000). A Teoria das Transições de Meleis permite ao profissional de Enfermagem uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção face à transição que a pessoa vivencia (Meleis *et al*, 2000). O papel do enfermeiro, nesta situação, passa por avaliar as transições da família, determinar o impacto no sistema familiar e participar, com a família, no planeamento de intervenções para reduzir os efeitos stressantes da transição na saúde da família.

“Na prática de cuidados, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem necessitam de focalizar a sua intervenção na interdependência criança/jovem e família e ambiente, considerando os fatores protetores e stressantes associados às suas vivências” (OE, RPQCEESCJ, 2011:14).

De acordo com Brazelton (2007), o nascimento do primeiro filho assinala também o nascimento da família. Manter a promoção da saúde familiar é crucial para reduzir o stress da família durante as transições críticas e demarcar novos estádios da família (Roth, 1996), esta autora refere que a parentalidade é considerada, entre outras, como uma transição *major* da família e que as transições críticas na família são potencialmente percebidas como uma crise na

mesma, porque a mudança num dos seus membros pode afetar a qualidade da saúde dos restantes. Família de acordo com a CIPE é entendida como um:

grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo (CIPE, 2006:171).

A família é a unidade básica de interação social onde se definem e conservam diferenças humanas dando forma a diferentes papéis e funções. É uma unidade grupal onde se desenvolvem relações de aliança, filiação e consanguinidade. Ao longo da sua existência, as famílias são sujeitas a processos de desenvolvimento no sentido da sua evolução e complexificação. Observa-se uma progressiva diferenciação estrutural, com aquisições e rejeições de papéis. Neste processo, há desenvolvimentos que correspondem a situações que são esperadas. O Ciclo Vital da Família, enquanto “sequência previsível de transformações na organização familiar em função do cumprimento de tarefas bem definidas” dá-nos conta dessas mudanças em cinco etapas sucessivas: 1) formação do casal; 2) família com filhos pequenos; 3) família com filhos na escola; 4) família com filhos adolescentes e 5) família com filhos adultos (Relvas,2000:16).

É de referir que a Mestranda privilegiou a segunda etapa do ciclo vital da família, “Família com filhos pequenos”, tendo em conta a temática da Parentalidade. É durante esta etapa do desenvolvimento do ciclo vital que, de acordo com Relvas (2000:83), “os novos pais organizam o modelo parental”. Este modelo é composto pelos modelos maternal e paternal, e é através desta representação que, segundo Relvas (2000), é possível assumir a função parental. A dimensão sociocultural exerce um papel relevante no modo como é encarada esta função. Nesta medida, com a evolução e as transformações sociais ocorridas tem-se verificado uma mudança significativa nos papéis atribuídos, quer ao pai quer à mãe, constatando-se cada vez mais que ambos exercem um papel complementar no exercício da Parentalidade.

O ciclo vital que tem vindo a ser descrito pode sofrer algumas alterações consoante a configuração familiar apresentada. Assim sendo, Alarcão (2006) faz referência a seis novas formas de família: famílias reconstituídas, monoparentais, adotivas, de homossexuais, de colocação e famílias comunitárias. A autora considera mesmo que a família tradicional se encontra em vias de extinção. Não obstante, o surgimento dos filhos corresponde a uma das etapas do ciclo de vida das famílias e o exercício da parentalidade é assumido como uma tarefa das famílias nesse período. Por implicar uma mudança significativa na família esta etapa exige reajustamento e adaptação, por este facto, é fundamental que os enfermeiros focalizem a sua atenção nas necessidades da mesma.

A intervenção do Enfermeiro ao longo do ciclo vital da família incide fundamentalmente em assegurar os cuidados de enfermagem durante a vivência dos processos de vida e na resposta humana aos problemas que daí possam surgir. Além de exercerem o papel de elo de ligação entre o cliente e a equipa de saúde, os enfermeiros ajudam o cliente a gerir os recursos pessoais, familiares e da comunidade, dotando-o de maior capacidade de lidar com os diferentes desafios de saúde/doença (OE,2001).

As necessidades de cuidados de saúde não se centram principalmente nas situações de doença, mas sim “nos processos de transição que os desafios da saúde lhes vão lançando ao longo da vida” (OE, 2003:3).

1.3 - HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA - PAIS NO HOSPITAL

A doença faz parte da experiência humana desde sempre. A doença de um elemento da família constitui-se como motivo de preocupação para os restantes elementos da família. Associado ao episódio de doença surge na unidade familiar uma ansiedade natural em relação ao envolvimento na prestação dos cuidados de saúde e na aptidão para combater determinados sentimentos como o medo e a culpabilização (Jorge, 2004).

A hospitalização de uma criança é sempre geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise: os pais podem considerar que falharam no exercício do seu papel e nas expectativas que colocaram a si próprios, o que poderá prejudicar o seu funcionamento e as capacidades de apoio ao sofrimento do filho (Subtil el al, 1995).

A doença e a hospitalização constituem assim uma crise importante na vida da criança e sua família. Elas são particularmente vulneráveis às crises de doença e hospitalização, porque, representam uma mudança do estado habitual de saúde e de rotina ambiental, as crianças possuem um número limitado de mecanismos para enfrentar e superar experiências stressantes. As suas reações a essas crises são influenciadas pela sua idade, fase de desenvolvimento, experiências anteriores de doença, separação ou hospitalização, sistema de apoio disponível e gravidade da doença e ameaça da hospitalização (Hockenberry e Wilson, 2011). Relativamente à resposta dos pais face à situação de doença e hospitalização do seu filho, podem mostrar dificuldade em saber como agir para atender às necessidades do filho doente, estando envolvidos num ambiente com regras estranhas e desconhecidas para estes (Hockenberry e Wilson, 2011).

Esta crise provoca uma reestruturação da unidade familiar, o que implica uma assistência de enfermagem especializada que envolva a criança e a família na prestação de cuidados. O reajuste de papéis e da estrutura familiar, o tipo de problemas a resolver e as estratégias de

“coping” a utilizar, podem ser as mesmas quer numa situação de hospitalização por doença aguda, como numa de doença crónica. O que é importante relevar é que nas doenças de início súbito, as mudanças comportamentais e afetivas requerem dos pais uma rápida mobilização das suas competências para lidar com a sua situação de crise, enquanto nas doenças de aparecimento prolongado o período de adaptação é, ou pode ser, maior (Jorge, 2004).

O Enfermeiro possui uma série de responsabilidades no desenvolvimento da sua atividade. Ele presta cuidados especializados de enfermagem em vários momentos do internamento da criança, estabelece estratégias de apoio que permitem o envolvimento dos membros da família nos cuidados à criança doente, desenvolve um plano de intervenção e ensinamentos, partilhando técnicas e conhecimentos, salientando as capacidades da família para cuidar da criança e também possui responsabilidades no encaminhamento e recurso para outros profissionais de saúde (Farrel, 1994).

Hoje é aceite por todos, que a participação dos pais nos cuidados beneficia tanto a criança como os pais e que o stress e ansiedade de ambos podem ser reduzidos, se a criança for acompanhada no hospital por um cuidador familiar (Jorge, 2004).

Também para Jorge (2004) o acompanhamento na hospitalização da criança é benéfico para os pais uma vez que estes, ao terem a possibilidade de acompanharem a evolução da situação do filho, de presenciarem os cuidados prestados, de participarem nos cuidados e serem preparados para lhes darem continuidade após a alta, ficam menos ansiosos.

“Saber ouvir os pais, esclarecer dúvidas, aceitar responder várias vezes às mesmas perguntas sem formular juízos de valor, procurando que exista uniformidade na informação, permite aos pais e à criança ultrapassar muitos medos e aumentar a confiança na equipa” (Jorge, 2004:89).

2- ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO – ADQUIRINDO AS COMPETÊNCIAS

Seguidamente a Mestranda vai dar ênfase às principais atividades desenvolvidas durante o Ensino Clínico II, fazendo uma análise reflexiva de cada contexto, tendo em consideração os objetivos e as atividades programadas no projeto de Estágio II (Anexo I), bem como a programação da unidade curricular, e também a temática em estudo, rumo à aquisição das competências definidas para o Mestrado.

O acolhimento, a integração e a disponibilidade das Enfermeiras Cooperantes e da equipa multidisciplinar onde decorreu o Estágio II, assim como o interesse e motivação da Mestranda, foram uma mais-valia para a aquisição de confiança e autonomia na prestação de cuidados.

O conhecimento da estrutura orgânica e funcional dos serviços também foi fundamental para a sua integração na equipa multidisciplinar no sentido de alicerçar as competências definidas pela OE nos Regulamentos nº 122 e 123 de 18 de Fevereiro de 2011.

O método por “enfermeiro de referência” preconizado nos contextos foi imprescindível para a prestação de cuidados da Mestranda à criança/jovem e família. Este método é fundamental no estabelecimento de uma relação de confiança com os pais, necessária à negociação intrínseca nos processos de tomada de decisão nos cuidados. Sendo este privilegiado na área de especialidade em enfermagem de saúde da criança e do jovem (OE,RPQCEESCJ,2011).

2.1- ESTÁGIO DE PEDIATRIA

O internamento da criança/jovem no serviço de Pediatria pode ser por via da urgência, por via da consulta ou por cirurgia programada. A faixa etária do internamento em Pediatria é dos 29 dias até aos 17 anos de idade. As patologias mais frequentes são: infeções respiratórias, infeções urinárias, GEA, meningite viral, diabetes, apendicite aguda, fraturas e patologias de ORL.

A prestação de cuidados à criança/jovem e família no serviço de Pediatria assenta nos princípios orientadores do Modelo de Parceria de Anne Casey, tendo sido uma mais-valia para o desenvolvimento do projeto da Mestranda.

O Enfermeiro Especialista tem no hospital um papel preponderante a desempenhar na promoção do papel parental, neste sentido a Mestranda prestou cuidados centrados na família, considerando os pais parceiros no cuidar, envolvendo-os na participação dos cuidados e apoiando-os no momento da transição, a desenvolverem a capacidade de resiliência (reorganizar os seus papéis, as suas regras, os seus mecanismos de adaptação) com o objetivo de os capacitar de competências parentais de forma a satisfazerem as necessidades dos seus filhos em situação de doença. Através da negociação com a criança e os pais, proporcionou as oportunidades necessárias de aprendizagem para a sua participação nos cuidados.

Casey (1993) considera que a negociação de cuidados é o nível mais elevado de participação na prática de cuidados, os cuidados são centrados na pessoa e com forte comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidados. Assim em diálogo com os pais, a Mestranda incentivou-os a participarem nos cuidados aos seus filhos. Esta participação permitiu reduzir o medo dos pais perante o cuidar da criança, dando-lhes confiança e segurança na prestação de cuidados para permitir uma adequada continuidade de cuidados e proporcionar uma maior tranquilidade da criança. Na presença dos pais a criança colabora ativamente e fica muito mais tranquila durante a prestação de cuidados.

Incentivou também uma presença de qualidade junto dos filhos, elogiando a relação pais/filho e as suas capacidades de desempenho do papel parental.

O envolvimento e a participação dos pais nos cuidados foram intervenções da Mestranda, no sentido de capacitar os pais, criando oportunidade para estes revelarem as suas aptidões e posteriormente adquirirem competências e conhecimentos para cuidarem dos seus filhos com mais autonomia e segurança.

Estas atividades permitiram à Mestranda “negociar a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar “ dando resposta à unidade de competência “ **Implementa e gere, em parceria um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime terapêutico**” (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

Cada estadio de desenvolvimento da criança e do jovem exige por parte dos pais uma adaptação nas suas expectativas, comportamentos, sentimentos e preocupações. Neste sentido a Mestranda procurou avaliar as preocupações e receios dos pais, ou da criança/ jovem, facilitando informação de forma a compreenderem as principais características do desenvolvimento no que diz respeito à sua saúde.

A Mestranda teve também em consideração a transmissão dos cuidados antecipatórios aos pais, sendo estes, um fator de promoção da saúde e de prevenção de doença, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e

proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2012).

Direcionou o foco de atenção para o desenvolvimento e crescimento harmonioso da criança, assumindo particular importância na aquisição de competências de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. Procedeu à avaliação crescimento físico /percentis, com registo no boletim individual de saúde, avaliação neurológica (avaliação dos reflexos do RN) e avaliação do desenvolvimento através do Teste de Mary Sheridan (nas crianças até aos 6 anos). Na avaliação do crescimento e desenvolvimento teve sempre presente a deteção de sinais de alarme com o encaminhamento da criança para outros profissionais de saúde.

Durante o Estágio a Mestranda teve oportunidade de Cuidar da Criança/Jovem nos vários estádios de desenvolvimento, mas de salientar que deu ênfase à idade dos 0 aos 5 anos, tendo em conta a transição para a parentalidade.

É importante referir que **a comunicação com a criança/jovem e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e à sua cultura**, foi uma das unidades de competência do Enfermeiro Especialista valorizada e desenvolvida pela Mestranda durante a prestação de cuidados, considerando que é uma competência essencial no cuidar em Enfermagem.

As atividades referidas permitiram à Mestranda dar resposta à competência **“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”** (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

Queiroz e Barroso (2005) referem que a hospitalização de uma criança oferece oportunidade para desenvolver medidas de promoção da saúde, ação indispensável em todas as fases de crescimento e desenvolvimento infantil. Neste sentido foram elaboradas **“Recomendações aos pais”** de acordo com o motivo de internamento e de acordo com as necessidades identificadas pelos pais durante o internamento, **“Criança com vômitos e diarreia”**, **“Criança com febre”** e **“Criança com dor”** (Anexo II).

As **“Recomendações aos Pais”** foram elaboradas pela Mestranda por serem uma estratégia de otimização da promoção de saúde e também promotoras para o exercício da parentalidade, tornando os pais mais aptos nos cuidados aos seus filhos. A sua realização permitiu também à Mestranda adquirir e aprofundar conhecimentos, através de pesquisa bibliográfica, permitindo uma prática de cuidados mais segura e eficaz.

A Mestranda contribuiu também para a promoção da saúde e prevenção da doença através de ações de Educação para a Saúde informais aos pais e à criança/jovem sobre a prática de comportamentos e hábitos de vida saudáveis, nomeadamente em relação à alimentação saudável, higiene oral, prática de atividades desportivas e ocupação de tempos livres. Outro

aspecto relevante foi o ensino sobre a prevenção de acidentes e de prevenção rodoviária de acordo com a faixa etária. A Ordem dos Enfermeiros (2001:12) refere:

são elementos importantes face à promoção da Saúde, entre outros: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

As atividades no âmbito da Educação para a Saúde permitiram também à Mestranda dar resposta à competência “ **Assiste a criança/jovem e família, na maximização da sua Saúde**” e à unidade de competência “ **Diagnostica precocemente e intervêm nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem**” (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

Tendo em conta a competência do Enfermeiro Especialista “**Cuida da criança/Jovem e família nas situações de especial complexidade**” relativamente à unidade de competência “**Faz a gestão diferenciada da dor e do bem - estar da criança/jovem, otimizando respostas**”, investiu a sua atuação na avaliação e gestão da dor, bem como no seu registo sistemático reavaliando os resultados da sua intervenção com base nos protocolos e escalas da dor em uso no serviço.

O Enfermeiro é autónomo no que diz respeito à gestão de terapêutica em situação de dor, sendo a sua intervenção de acordo com protocolo instituído. Relativamente às medidas não farmacológicas da dor, a Mestranda utilizou o reforço positivo, a técnica de distração e de imaginação orientada, o brincar, a massagem, posicionamento, o toque e a presença contínua dos pais.

Neste sentido, valorizou também o envolvimento e a participação dos pais na gestão da dor, como parceiros no cuidar, garantindo a gestão de medidas farmacológicas no combate à dor e medidas não farmacológicas para o alívio da dor, através do ensino informal e treino das suas capacidades. Os pais demonstraram interesse na aprendizagem e conhecimentos neste âmbito.

O papel dos pais foi considerado durante o estágio de uma importância inestimável. Investiu na preparação dos pais para procedimentos dolorosos, valorizando o seu papel como essencial para o sucesso da intervenção, diminuindo o stress e ansiedade associados a estes momentos. Incentivou os pais a falarem suavemente durante o procedimento e ficarem próximos da criança. De acordo com Fernandes (2000), a influência do comportamento dos pais, nomeadamente as manifestações de ansiedade, determina o nível de perceção da dor da criança, mesmo tendo dificuldade em aceitar o diagnóstico, os pais podem ser capazes de atuar de forma positiva diante da criança transmitindo-lhe segurança.

Outro aspeto relevante foi ter tido oportunidade de receber e fazer o acolhimento da criança/pais, vinda do bloco operatório, mostrando disponibilidade e esclarecendo dúvidas e receios, reconhecendo que este constitui um momento que exige do Enfermeiro a capacidade de lidar com a ansiedade que envolve todo o processo, tentando transmitir aos pais mais tranquilidade e segurança.

Na organização e planeamento dos cuidados, teve em conta a importância do acolhimento e integração dos pais no serviço, a realização da Avaliação Inicial, a identificação dos problemas, planeamento, implementação e monitorização das intervenções e a avaliação dos resultados, fazendo registos de todo o processo de enfermagem com recurso à Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e à aplicação Informática (GLINT).

Deu sempre especial importância ao acolhimento da criança/jovem e família, uma vez que é nesse momento que se inicia uma relação de confiança com a criança/jovem e família, este representa um momento oportuno para conhecer melhor a criança e sua família, seus hábitos e comportamentos. É também neste momento que o profissional de saúde deverá insistir numa recolha de dados objetiva, para obter uma avaliação inicial o mais completa possível (Jorge, 2004), sendo que compete ainda ao enfermeiro, nesta fase, ceder a informação adequada e apoio ajustados, demonstrar competência, dedicação e segurança (Bernardo, 1995).

Hesbeen (2001:43) refere que “ o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados, associados aos seus conhecimentos de natureza científica e às suas competências técnicas revelam-se (...) componentes essenciais de um cuidar de qualidade”.

Na avaliação inicial, procurou tal como diz Doenges e Moorhouse (2010:16) “estabelecer um perfil do cliente que lhe permite identificar os seus problemas ou necessidades e correspondentes diagnósticos de enfermagem”.

Na elaboração do plano de cuidados, teve sempre por base, a parceria de cuidados, e a avaliação sistemática dos resultados das intervenções efetuadas, de forma a induzir alterações, caso os resultados não tenham sido os esperados, ou a converter os diagnósticos em estados de saúde desejáveis. “ É através do diagnóstico deste grau de dependência que a enfermagem irá de uma forma individualizada, desenvolver a sua decisão clínica (planificar, executar e avaliar os cuidados de enfermagem” (Abreu, 2007:51).

Tendo em conta a promoção da Parentalidade e pretendendo atingir o objetivo “Promover a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados”, dando resposta à competência Comum do Enfermeiro Especialista “**Concebe, gere e colabora em Programas de melhoria contínua da qualidade**”, a Mestranda realizou uma “Instrução de trabalho” sobre “**O Papel Parental**” (Anexo III), com o objetivo de Implementar o foco do Papel Parental no plano de cuidados da Criança/Jovem internado no serviço de Pediatria, sempre que se verifique que este

não é adequado ou sempre que se verifique que os pais necessitem de conhecimentos de acordo com as necessidades identificadas. Esta instrução de trabalho foi elaborada de acordo com as intervenções que se encontram parametrizadas na aplicação informática GLINT. É de referir que toda a equipa de enfermagem foi recetiva e o Papel Parental começou a fazer parte dos focos no plano de cuidados das crianças internadas no serviço.

A nível da gestão a Mestranda teve oportunidade de reunir com a Enfermeira Chefe, no sentido de perceber melhor a dinâmica do serviço. Esta reunião foi muito enriquecedora, possibilitando a partilha de experiências e de saberes, permitindo ficar atenta a alguns aspetos relacionados com a competência comum do Enfermeiro Especialista “ **Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados**” preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro). Durante a reunião foram abordados as seguintes temáticas: Missão do Hospital; Filosofia do serviço; Projetos a desenvolver, Instruções de trabalho e objetivos do Serviço; Elaboração dos horários; Gestão dos recursos Humanos; Avaliação de Desempenho e Gestão de materiais.

Relativamente à gestão de recursos Humanos a Enfermeira Chefe, ou na sua ausência o Enfermeiro mais graduado faz a sua gestão, tendo em consideração os Enfermeiros do serviço de Pediatria, Neonatologia e da urgência Pediátrica, eles têm equipas e horários diferenciados, mas são mobilizados, sempre que necessário, de acordo com disponibilidade e ocupação dos serviços. Estas situações acontecem por exemplo se alguma criança é transferida para outro hospital, ou no caso de acompanhamento de crianças ao exterior (realização de exames ou consultas).

Relativamente à Gestão de Materiais, a Mestranda achou pertinente haver uma Comissão de escolha de materiais na instituição, fazendo parte desta comissão um Enfermeiro, que ausculta a sua opinião nas escolhas do material. São também realizadas reuniões periódicas, trimestrais dos consumos por serviços, dando conhecimento às equipas os gastos efetuados, com o objetivo de sensibilizar os profissionais para a mudança de comportamentos.

No planeamento e gestão de cuidados, em concordância com a Enfermeira Cooperante, assumiu particular importância, o desenvolvimento de espírito crítico e a tomada de decisão para o estabelecimento de prioridades. Identificou e encaminhou algumas situações de cariz social para profissionais diferenciados, inseridos na equipa multidisciplinar, dando resposta à unidade de competência comum do Enfermeiro Especialista “**Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados**” (Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro).

É de referir que valorizou sempre o trabalho em equipa na prestação de cuidados à criança/jovem e família, sendo este uma mais-valia para desenvolver as atividades em torno de um objetivo comum, melhoria da qualidade dos cuidados prestados, pois permite aos seus

elementos exercitar múltiplas competências e habilidades, unindo o esforço de toda a equipa com a interface dos diferentes domínios do conhecimento.

Tendo em conta que a preparação para a alta decorre desde o primeiro dia de internamento, os ensinamentos que realizou, de acordo com as necessidades identificadas, tiveram como objetivo dotar os pais e, sempre que possível, a criança/jovem, de estratégias e de conhecimentos, para “assumirem ou participarem de todo o processo de cuidar, rumo à independência e bem-estar” (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

A referência de Enfermagem para o Centro de Saúde da área de residência quer por meio de uma carta, quer telefonicamente, foi uma das estratégias utilizadas pela Mestranda para o encaminhamento das situações que exigiam continuidade de cuidados, “ **Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados**” (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

A prestação de cuidados da Mestranda à criança/jovem e família desenvolveu-se numa lógica autónoma e especializada, integrada na equipa multidisciplinar, atendendo aos princípios da responsabilidade profissional, ética e legal, dando resposta à competência comum do enfermeiro especialista “**Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**” (Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro).

Refletindo sobre o período de estágio, as atividades realizadas na prestação de cuidados neste contexto, permitiram à Mestranda o cumprimento dos objetivos inicialmente propostos para a respetiva unidade Curricular. Salienta-se a sua grande contribuição no sentido de adquirir e aprofundar conhecimentos e sobretudo desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do jovem (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

2.2- ESTÁGIO DE NEONATOLOGIA

As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) destinam-se a Recém-nascidos com problemas exigindo cuidados especiais. Grande parte dos RN internados nessas unidades são prematuros. Muitos deles não estão verdadeiramente doentes, apenas não estão suficientemente desenvolvidos. São também admitidos RN de termo com problemas de saúde, nomeadamente com infeções graves, complicações relacionadas com o nascimento e anomalias congénitas que frequentemente precisam ser operadas.

As principais causas de internamento relacionam-se com asfixias neonatais, sépsis, prematuridade, malformações congénitas e situações sociais.

A Unidade é dividida fisicamente em duas grandes valências: a sala de cuidados intensivos, preparada para receber oito recém-nascidos de alto risco, sobretudo com necessidade de ventilação invasiva e uma sala de cuidados intermédios, que está preparada para receber quatro RN que se encontrem Hemo dinamicamente estáveis. Nestas salas os recém-nascidos mais estáveis encontram-se em berço, o que permite um contato mais fácil com os pais (promovendo a vinculação).

A filosofia da prestação de cuidados assenta no envolvimento da família e na parceria de cuidados com os pais, que permanecem em horário alargado junto do RN internado.

Na prestação de cuidados ao RN prematuro na UCIN é também defendido e desenvolvido o Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN (NID-CAP). Este foi criado numa tentativa de reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no RN prematuro, fora do útero materno. É considerado uma abordagem comportamental individualizada para a prestação de cuidados baseada na informação que o comportamento do RN nos fornece. O objetivo deste programa individualizado de cuidados centrado no desenvolvimento é melhorar a longo prazo as consequências da prematuridade na criança e na família (Santos, 2011).

Quando se nasce prematuramente inviabiliza-se a transição para o papel parental, dificultando a vivência da parentalidade e a adaptação ao novo ciclo de vida.

O nascimento prematuro de um filho acarreta consigo uma ambiguidade de sentimentos, emoções e necessidades, que se prolongam mesmo quando o RN vai para casa. Estas famílias têm necessidade de se adaptar à sua nova realidade. Os pais destas crianças apresentam um conjunto de necessidades específicas, que vão desde a necessidade de informação e de apoio, à necessidade de autoconfiança. Nesta perspetiva, a Mestranda desempenhou um papel preponderante no estabelecimento de uma relação de confiança e de capacitação dos pais para a vivência de uma parentalidade mais autónoma, tornando-os parceiros no cuidar ao RN, respondendo às necessidades específicas destas famílias, tendo em conta a transição do ciclo de vida em que se encontravam. Para Meleis *et al.* (2000), o papel da enfermagem passa por apoiar as pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida.

Durante o estágio a Mestranda teve sempre em consideração a individualidade e a complexidade de cada família, iniciando o processo de negociação dos cuidados o mais precocemente possível para que os pais se sentissem parte integrante da equipa, sentindo-se mais confiantes em relação às capacidades de cuidar do seu filho, tomando decisões partilhadas, o que facilita a manutenção de laços familiares que são importantes para o seu ajustamento psicológico e social durante a hospitalização.

Com a negociação deu-se início à parceria de cuidados, Anne Casey, refere que o sentimento de negociação e respeito pelos desejos dos pais/família é a base deste modelo, uma vez que a criança é o alvo dos cuidados e a família a prestadora de cuidados à criança (Casey, 1993).

Durante a prestação de cuidados, a Mestranda dotou os pais de conhecimentos, saberes e experiências, assegurando o planeamento da alta e a continuidade dos cuidados, por parte dos pais, enquanto os incentivou a conhecer, entender e aceitar o seu filho, facultando condições para que estes se sentissem mais preparados a todos os níveis para cuidarem dele em casa, estabelecendo com eles uma parceria de cuidados, logo que estes se sentissem preparados e motivados para intervirem nos cuidados ao RN. Nesta perspetiva, a Carta da Criança Hospitalizada (2000) evidência, igualmente, a parceria de cuidados com o intuito de, em conjunto a equipa de saúde e os pais, conseguirem uma recuperação rápida da criança/família.

A UCIN possui uma política de visitas abertas, em que os pais podem visitar o seu filho sempre que o desejarem e permanecer o tempo que quiserem, os pais são considerados parceiros no cuidar e não visitantes. Na prestação de cuidados centrados na família tendo em vista a promoção do papel parental, a vinculação e a preparação para a alta clínica do RN, a Mestranda redobrou a atenção dada aos pais, quando estes iam visitar o seu filho à unidade, incentivando-os ao toque, dar colo e a prestar os cuidados aos seus filhos tornando-os parceiros no cuidar, tendo em conta a explicação de procedimentos, esclarecimento de dúvidas e receios, sempre que necessário e oportuno. Durante a visita aos seus filhos, algumas mães aproveitavam para fazer a extração de leite materno para deixar no serviço, sendo este ato de louvar num momento de tanto sofrimento e ansiedade. A Mestranda deu sempre reforço positivo às mães, promovendo a amamentação.

No entanto, outras situações aconteceram, uma vez que quando um RN nasce prematuramente e necessita de cuidados especializados numa UCIN, ocorre a separação física necessária nestas situações, que se processa por um tempo variável, mas que numa primeira fase ou, por vezes, mesmo durante todo o internamento, poderá ser acompanhada pelo afastamento emocional dos pais “que pode prejudicar seriamente a capacidade de assumir seus papéis familiares frente ao neonato” (Hockenberry *et al.*,2006:249). Nesta situação, é fulcral a intervenção proactiva da equipa de enfermagem da UCIN, que deverá ativar todos os meios e recursos possíveis e disponíveis para que esta situação se resolva. É de referir que a Mestranda esteve sempre atenta para estas situações, sendo discutidas em equipa e referenciadas para outros profissionais, sempre que necessário. É Imprescindível providenciar apoio emocional aos pais de modo a minimizar fatores de stress e fortalecer o processo de vinculação.

As atividades mencionadas permitiram à Mestranda dar resposta às unidades de competência **“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime terapêutico”** e **“Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”** (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

Na organização e planeamento dos cuidados, teve em conta a identificação dos problemas, planeamento e implementação das intervenções, a monitorização das mesmas e a avaliação dos resultados, fazendo registos de todo o processo com recurso à Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), o qual se encontrava em fase de iniciação na UCIN. Neste sentido a Mestranda contribuiu para esclarecimento de dúvidas da Equipa de Enfermagem, uma vez que já dominava a aplicação informática no seu contexto profissional.

Durante o estágio, a prestação e participação nos cuidados de enfermagem com a Enfermeira Cooperante englobaram todas as intervenções inerentes à estabilidade ventilatória, térmica, hemodinâmica, metabólica e neurológica (intervenções maioritariamente interdependentes), assim como a avaliação sistemática e controlo da Dor recorrendo a medidas não farmacológicas, nomeadamente, à sucção não nutritiva, o conforto, a diminuição dos stressores do RN (controlo de ruído e luminosidade), o apoio aos pais, a relação de confiança e a promoção das competências parentais (intervenções maioritariamente autónomas).

Foram discutidos e apreendidos novos conhecimentos sobre as atividades desenvolvidas, tais como: o posicionamento e o conforto do RN prematuro, a contenção do RN, de relevante importância durante a prestação de cuidados, a manipulação dos cateteres umbilicais e epicutâneos, a preparação e administração de alimentação parentérica, a correta monitorização da ventilação mecânica, a aspiração de secreções em circuito fechado, entre outras. As atividades realizadas permitiram à Mestranda desenvolver a Competência **“Cuida da criança e família nas situações de especial complexidade”** (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

A minuciosidade e o rigor dos aspetos inerentes ao cuidado ao RN de alto risco, salientam a necessidade de uma preparação aprofundada e constante atualização científica que o Enfermeiro Especialista deve possuir, de forma a alicerçar a sua prática. Paralelamente ao contato com a realidade e no sentido de aprofundar os conhecimentos foi efetuada consulta bibliográfica sobre os cuidados intensivos neonatais, bem como a consulta de manuais e instruções de trabalho disponíveis na UCIN. Assim, a Mestranda achou pertinente, e após validação com a Enfermeira Cooperante, elaborou um documento escrito sobre **“Os Cuidados ao RN Prematuro na UCIN”** (Anexo IV), com o intuito de dotar os pais de conhecimentos específicos ao RN prematuro, uma vez que estes são considerados parceiros no cuidar. Esta atividade permitiu à

Mestranda desenvolver a competência **“Assiste a Criança/Jovem com a família, na maximização da sua saúde”** (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

Durante o estágio foi fundamental a comunicação efetiva com os pais, a capacidade de escuta, de empatia para o estabelecimento de relação de confiança no sentido da promoção da parentalidade, tentando transmitir segurança e tranquilidade necessárias durante a prestação de cuidados.

A procura de novas oportunidades de aprendizagem, a iniciativa, o interesse e disponibilidade para colaborar com a equipa, fizeram com que a confiança fosse aumentando, o que levou a Mestranda a prestar cuidados de forma autónoma, sentindo-se cada vez mais integrada na equipa. A integração e acolhimento na equipa multidisciplinar, assim como as conversas informais estabelecidas no seio da equipa de Enfermagem, onde a partilha de experiências e conhecimentos foi uma constante, levaram a uma reflexão crítica sobre as práticas e mudanças das mesmas no sentido de um crescimento profissional, rumo à excelência nos cuidados, contribuindo para o alicerçar de saberes na área da Especialidade.

A passagem pela UCIN constituiu uma experiência deveras positiva quer a nível pessoal, quer profissional. A realização deste Estágio, ao nível da prestação de cuidados possibilitou o contacto com o recém-nascido prematuro doente, sendo uma novidade para a Mestranda. Toda a especificidade nos cuidados ao mesmo exigiu pesquisa bibliográfica e reflexão sobre a prática, para uma prestação de cuidados ao recém-nascido e família com qualidade.

Durante a permanência na unidade, verificou-se a partilha de histórias e vivências entre os vários pais, em jeito de conversa informal entre pares.

É evidente a humanização dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar na UCIN. É gratificante para os profissionais, quando alguns pais, após a alta, deixam uma fotografia, postal ou nota de agradecimento, que a equipa coloca num mural localizado à entrada da unidade.

2.3- ESTÁGIO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O Serviço de urgência Pediátrica recebe crianças vindas do exterior, crianças referenciadas pelos centros de saúde da área abrangente ou encaminhadas pela linha de Saúde 24, com idade inferior a 18 anos.

Os Cuidados de Enfermagem prestados estão distribuídos por áreas de intervenção: Sala de Triagem, Sala de tratamentos/sala de Emergência e Sala de Observação. Ficam na Sala de Observação crianças que necessitam de internamento com duração mínima de 24 horas e máxima de 48 horas.

Destaca-se ao nível deste contexto a organização e a dinâmica da equipa de Enfermagem nas diferentes áreas de intervenção. Esta constitui uma equipa motivada e dinamizadora de uma prestação de cuidados segura e com vista à melhoria contínua da qualidade das práticas assistenciais.

Relativamente à área de intervenção da triagem de Manchester, constitui um local que, para além de requerer muita experiência para a definição de prioridades de atendimento, exige a gestão de situações de stress e ansiedade manifestadas pelos pais, uma vez que é através da triagem que é feita a primeira abordagem à criança/jovem e família em situação de doença. Trata-se na opinião da Mestranda do local mais desafiante e exigente do SU, que traduz a autonomia da Enfermagem enquanto profissão e desempenha um papel crucial e determinante na eficácia dos cuidados efetuados. Por outro lado a relação de confiança é crucial no primeiro contacto, podendo influenciar positiva ou negativamente a perceção dos pais em relação à instituição e a todo o processo de cuidados.

A realização da triagem de Manchester permitiu à Mestranda a aquisição de competências de comunicação, de relação, de gestão de stress, de estabelecimento de prioridades e de gestão de cuidados. Procurou ter sempre em conta que o processo de triagem inicia-se com a chegada da criança/jovem e família ou cuidador substituto ao SU e termina com a alta clínica, pelo que, procurou nesse intervalo reavaliar sempre que necessário as situações que o exigiam, de forma a estabelecer novas prioridades. Procurou também, sempre que oportuno estabelecer uma relação de parceria com os pais, procurando integrar a educação para a saúde informal na prestação de cuidados, de acordo com as necessidades identificadas, recorrendo ao uso de folhetos informativos existentes no serviço.

Tendo em conta o objetivo e a competência do Enfermeiro Especialista no âmbito da dor: **“Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas”**, investiu a sua atuação na avaliação e gestão da dor, bem como no seu registo sistemático reavaliando os resultados da sua intervenção, desde o momento da triagem até ao momento da alta. O Enfermeiro tem autonomia de gerir o regime medicamentoso logo na triagem, mediante protocolo estabelecido.

A Mestranda constatou que são muitos os pais que recorrem ao SU por falta de apoio na resolução de problemas comuns de saúde, o que os faz procurar este serviço ao mínimo sinal de alarme. Esta situação foi particularmente visível no caso dos RN, que por falta de experiência ou de sistemas de apoio dos pais, são trazidos ao SU por problemas como cólicas, dificuldade em amamentar, obstrução nasal, ou outros. Neste tipo de situações, foi oportuno para a Mestranda o apoio e ensino aos pais promovendo o papel parental. Foi também relevante informar os pais sobre a existência de alguns recursos na comunidade que podem apoiá-los na resolução de

problemas, nomeadamente os enfermeiros dos cuidados de saúde primários e a Linha de Saúde 24.

O foco da Febre constituiu também, uma das preocupações mais manifestadas pelos pais que demonstraram défice de conhecimentos e habilidades para lidar com este problema. Este facto evidenciou a necessidade de investir nos ensinamentos nesta área, pelo que foi fornecido aos pais recomendações sobre esta temática, nomeadamente quando recorrer ao SU, medidas a adotar, sinais de alarme e administração de terapêutica. De acordo com a DGS (2004), os profissionais de saúde que lidam com crianças têm uma tarefa fulcral no combate à fobia da febre, substituindo-a pelo ensino da fisiopatologia da febre e pela utilização correta dos antipiréticos.

Na sala de tratamentos, realizou intervenções de enfermagem isoladas de acordo com as necessidades de cada situação, pelo que procurou tirar o máximo partido das situações que foram surgindo. Realizou as mais variadas técnicas que, embora comuns na sua prática profissional, implicaram sempre uma adaptação e a adoção de estratégias para o sucesso das mesmas, devido ao contacto com diferentes faixas etárias e contextos. Pela necessidade de procedimentos invasivos procurou o estabelecimento de uma relação de parceria e negociação com os pais e criança, respondendo às suas dúvidas e receios, procurando diminuir o stress parental e o sofrimento da criança.

Prestou cuidados individualizados às necessidades da criança/jovem, envolvendo sempre os pais na prestação de cuidados. Deu especial enfoque para os processos de acolhimento, comunicação e relação.

Quanto ao acolhimento, tal prática foi muito valorizada pela Mestranda, tendo sido desenvolvida de forma acolhedora adaptado a cada criança/jovem e família, mostrando disponibilidade e o conhecimento da sua situação clínica, imprescindíveis para incutir nos pais a confiança na equipa.

No que respeita aos processos de comunicação e de relação com a criança e família, a Mestranda procurou sempre que possível estabelecer uma relação de parceria, identificando as necessidades e expectativas dos pais, partilhando com os mesmos informações pertinentes no sentido de lhes dar conhecimentos para uma participação nos cuidados e capacidade para a tomada de decisão.

Neste sentido, a Mestranda procurou evidenciar o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, valorizando o amor como forma de cuidar, de acordo com o Modelo de Parceria de Anne Casey, elaborando um folheto sobre “**A Importância de Serem Pais**” (Anexo V). A elaboração do folheto permitiu estabelecer uma relação de parceria com os pais e criança no sentido da promoção da parentalidade, dando resposta à competência “**Assiste**

a Criança/Jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

O Estágio realizado possibilitou experiências diferenciadas que, distribuídas pelas diferentes áreas de intervenção, evidenciam a necessidade de conhecimentos e competências de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. No decorrer do estágio, teve oportunidade de intervir nas diferentes áreas, facto que permitiu ampliar o leque de experiências em situações que embora comuns na atividade profissional da Mestranda, permitiram o desenvolvimento da competência **“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”**, tal como se encontra previsto no Regulamento das Competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

O Serviço de Urgência constituiu também um local de promoção da Parentalidade, tendo o enfermeiro especialista um papel crucial na melhoria de aquisição de competências parentais.

As atividades realizadas na prestação de cuidados neste contexto permitiram à Mestranda atingir os objetivos: **“Prestar cuidados de Enfermagem complexos e especializados à criança/jovem e família em situação de Urgência Pediátrica “** e **“Contribuir para a redução dos stressores da Criança/Jovem e família perante a situação de urgência”**, assim como desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista da Criança e do Jovem (Regulamento 123/2011 de 18 de Fevereiro).

3- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

3.1- METODOLOGIA DE PESQUISA

Com o objetivo de estruturar a abordagem da problemática em análise através do recurso às bases de dados científicas, é definida a pergunta em formato PI[C]O, que guiará o enfermeiro nas opções estratégicas e metodológicas de pesquisa e conseqüente contexto de análise.

Nesta perspetiva, e para se poder confrontar a prática de cuidar com as evidências científicas, iniciou-se o processo com base na temática em estudo: “A promoção do Papel Parental”, surgindo a pergunta PI[C]O:

“Quais as intervenções do Enfermeiro (I) na promoção da parentalidade, (O) junto dos pais com criança dos 0 aos 5 anos, em situação de doença (P)?”

Após a definição da pergunta com base nos critérios utilizados para a formulação da questão de investigação, apresentados no Quadro nº 1, inicia-se o processo de pesquisa (Anexo VI), que na sua génese tem a identificação das palavras-chave. Surgem então os termos de interesse: **Cuidar, Enfermeiro, Pais, Criança doente, Parentalidade**. Os termos apurados no contexto desta metodologia foram submetidos à plataforma MeSH (Medical Subjects Headings) Browser, traduzindo os conceitos chave para a língua inglesa:

- Cuidar/Care
- Enfermeiro/Nurs*
- Pais/Parents
- Criança doente/Sick Child
- Parentalidade/Parenting

Quadro nº 1 - Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação

			CONCEITOS	PALAVRAS - CHAVE
P	POPULAÇÃO	Pais de crianças até aos 5 anos em situação de doença	Pais Criança doente	Care Nurs* Parents Sick Child Parenting
I	INTERVENÇÃO	Intervenções do Enfermeiro na Promoção da Parentalidade	Cuidar Intervenções Enfermeiro	
(C)	COMPARAÇÃO	Podem existir ou não		
O	OUTCOMES	Promoção da Parentalidade	Parentalidade	

Pergunta PI[C]O: “Quais as intervenções do Enfermeiro **(I)** na promoção da parentalidade **(O)** junto dos pais com criança dos 0 aos 5 anos, em situação de doença **(P)**?”

Na etapa seguinte da revisão sistemática da literatura, e depois de encontrados os descritores, selecionaram-se as bases de dados científicas a consultar: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, através da EBSCOhost Web. A pesquisa foi efetuada a 13 de Dezembro de 2014, às 23h e foram definidos os seguintes limitadores de pesquisa para cada base de dados (Quadro nº2):

Quadro nº 2 - Limitadores de pesquisa nas bases de dados

<i>CINAHL Plus with Full Text</i>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Outubro de 2009 a Outubro de 2014; Resumo disponível; Qualquer autor é enfermeira; Prática baseada em evidência; Humano; Faixa etária: Infant 1-23 meses e Child, preschool 2-5 anos; Texto completo em PDF;
<i>MEDLINE with Full Text</i>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Outubro de 2009 a Outubro de 2014; Resumo disponível; Humano; Faixa etária Infant 1-23 meses e Child, preschool 2-5 anos;
<i>Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive</i>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Outubro de 2009 a Outubro de 2014; Texto completo em PDF.

Com a finalidade de selecionar os artigos mais adequados à revisão foram definidos os critérios de inclusão e exclusão conforme apresentados no Quadro nº 3:

Quadro nº 3 - Critérios de inclusão/ exclusão para seleção dos artigos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Incluídos artigos publicados entre Outubro 2009 e Outubro de 2014 (inclusive).	Excluídos artigos publicados antes de Outubro 2009 e depois de Outubro 2014.
Incluídos artigos publicados cuja população alvo sejam crianças com idades compreendidas entre 1 mês e 5 anos.	Excluídos artigos publicados cuja população alvo sejam crianças com menos de 1 mês de idade e/ou com mais de 5 anos de idade.
Incluídos artigos publicados que mencionem estudos qualitativos ou quantitativos e revisões sistemáticas da literatura.	Excluídos artigos publicados que mencionem outros tipos de estudos.

Procedeu-se à pesquisa das palavras-chave individualmente, posteriormente à conjugação de cada palavra-chave com as outras e finalmente ao cruzamento entre todas, obtendo-se um resultado de 4 artigos (ANEXO VI), sendo selecionados apenas 3, uma vez que o quarto artigo, embora relacionado com a temática em estudo, não fornecia informação para análise, apenas continha o resumo do artigo com os títulos de notícias, relacionados com Educação para a Saúde e Educação Parental de acordo com determinadas doenças. Foi efetuada a síntese e análise dos 3 artigos selecionados (Anexo VII), com recurso à Escala de Guyatt e Rennie, 2002 (Anexo VIII), para caracterizar o nível de evidência.

4 - ANÁLISE REFLEXIVA COM BASE NAS EVIDÊNCIAS

Após leitura e síntese dos artigos selecionados, e tendo por base a pergunta PI[C]O, a Mestranda procedeu à análise das evidências encontradas, relacionando-as e comparando-as com as atividades desenvolvidas nos contextos da prática, durante o Estágio II.

É de salientar que os artigos selecionados apontam para a importância da Promoção da Parentalidade e para o Cuidar Centrado na Família. As evidências revelam a importância dos Enfermeiros apoiarem e envolverem os pais na prestação de cuidados. As intervenções do Enfermeiro são desenvolvidas, no sentido de capacitar os pais de competências parentais e de conhecimentos específicos de acordo com as suas necessidades, que permitam dar continuidade dos cuidados aos seus filhos após a alta, com mais autonomia, confiança e segurança.

Os estudos foram realizados a partir das experiências vivenciadas pelos pais no hospital, e após a alta, permitindo deste modo intervir na promoção da Parentalidade de acordo com as suas necessidades.

A participação, dos pais nos cuidados, é complexa e desafiadora destacando-se a necessidade dos Enfermeiros terem uma maior compreensão da forma como essas experiências são vividas, para poderem intervir com mais qualidade e eficiência.

O **Artigo 1** é um estudo realizado em Inglaterra tendo como objetivos: aprofundar o conhecimento sobre as experiências vividas pelos pais que acompanham a hospitalização dos filhos, em situação de doença aguda, já que, em relação a este fenómeno existem poucas evidências comparando com as situações de doença crónica; analisar o contributo dos pais nos cuidados ao seu filho doente no hospital, uma vez que permanece pouco explorado, relativamente ao contributo das mães e ganhar uma maior compreensão relativamente às experiências dos Enfermeiros no cuidar em parceria com os pais.

Higham e Davies (2012) referem que a prática de cuidados dos Enfermeiros de Saúde Infantil e outros profissionais de saúde deve ter em conta que os pais desempenham um papel importante no cuidado do seu filho doente no hospital. Lamb (2000), citado por Higham e Davies (2012) referem que tem havido uma tendência global nas últimas décadas, para os pais se envolverem mais em todos os aspetos da vida dos seus filhos, incluindo os cuidados de saúde. Higham e Davies (2012) referem ainda que os pais, não menos do que as mães, querem estar com o seu filho doente no hospital, ainda que possam enfrentar desafios em fazê-lo. Os pais para além

de estarem com o seu filho no hospital, a cuidarem das suas necessidades essenciais, participarem na tomada de decisão e nos cuidados específicos da situação clínica do seu filho, fazem ainda contributos essenciais para a experiência de toda a família. Embora alguns pais e mães entrevistados, expressem a opinião de que as mães são os principais prestadores de cuidados, sugerindo que o vínculo mãe-filho ou "instinto maternal" significa que as mães devem ter prioridade (Higham e Davies, 2012).

As autoras do estudo referiram que todos os pais que participaram no estudo foram observados tendo uma série de comportamentos de proteção. O carinho que os pais partilhavam a cuidar da criança era evidente entre pais, mães e Enfermeiros. Os pais também frequentemente falavam do toque, demonstrando a sua importância para eles. O cuidar dos pais vai de encontro com o Modelo de Anne Casey que valoriza a proteção e o amor dos pais na prestação dos cuidados aos seus filhos.

O estudo salienta a importância dos cuidados centrados na família. O Cuidado centrado na família é amplamente considerado como a pedra angular da prática de enfermagem Infantil. Smith *et al.* (2002) citado por Higham e Davies (2012:1391) descrevem o cuidado centrado na família como o “apoio profissional da criança e da família através de um processo de envolvimento, participação e parceria sustentada por empoderamento e negociação”.

Os cuidados centrados na família são promovidos em enfermagem pediátrica, proporcionando cuidados de elevada qualidade, mas a nível internacional, a investigação tem o principal foco no contributo das mães, enquanto a contribuição dos pais nos cuidados permanece relativamente pouco explorada (Higham e Davies, 2012).

Nesta perspetiva, o estudo forneceu mais evidências de que, a prática de cuidados centrado na família é complexa. As autoras referem que é necessário preparar os Enfermeiros Especialistas de Saúde Infantil para os cuidados centrados nas famílias deste século, através da discussão crítica de alteração dos papéis parentais. Os pais estão a ser incentivados a envolverem-se mais em todos os aspetos da vida dos seus filhos, a responsabilidade pela geração e assistência à infância das famílias está a mudar. Segundo as autoras é importante conhecer outros papéis parentais desempenhados pelos pais, que não os tradicionais, como os pais homossexuais e os de famílias com estruturas mais diversificadas, bem como identificar diferenças entre os papéis dos dois conjugues. Quando se usa o termo “pais”, é importante especificar se estão a falar de pais, mães ou ambos. O estudo concluiu ainda que os profissionais de saúde e os responsáveis políticos precisam de ter em conta as mães e os pais no planeamento do internamento da criança com doença aguda. Outra das conclusões do estudo foi que os pais são participantes ativos no cuidar dos seus filhos no hospital em situação de doença aguda, assim como em relação às crianças com doenças crónicas.

As evidências revelaram a importante contribuição dos pais não só para cuidar do filho doente no hospital, mas para a família como um todo. Os pais neste estudo não se veem como parceiros nem os recetores de cuidados, no entanto referem que os Enfermeiros trabalham em parceria com as mães e também sentem que as mães têm necessidade de cuidados dos Enfermeiros. O estudo dá alguma evidência empírica de que a reciprocidade é um elemento importante no cuidado centrado na família (Higham e Davies,2012). Em Pediatria cuidar da criança é também cuidar dos seus pais.

De acordo com os conteúdos do artigo, a Mestranda pode concluir que os resultados do estudo vieram dar visibilidade e credibilidade à sua prática de cuidados nos vários contextos durante o Estágio II, nomeadamente, a filosofia dos cuidados centrados na família, considerando a família como um todo, envolvendo os pais na participação, negociação e decisão dos cuidados, como parceiros em todo o processo de cuidar, na maximização da sua saúde, rumo à independência e bem-estar. Teve ainda em consideração as mudanças sociais e estruturais da família, que de acordo com Relvas (2000) considera mesmo que a família tradicional se encontra em vias de extinção.

O objetivo do estudo fenomenológico descritivo apresentado no **Artigo 2** foi descrever as experiências das mães assumindo total responsabilidade pelo cuidado do RN prematuro ou do RN de termo, após a alta de uma unidade neonatal, incluindo a forma como as mães conseguem aliviar a dor e desconforto. Este estudo foi realizado no sentido de uma melhor compreensão das experiências das mães com os seus RN em casa, ajudando os profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros a melhorarem os cuidados e apoiarem as mães neste período de transição crucial.

As evidências confirmam que, com os avanços nos cuidados neonatais e com a gestão de cuidados na gestação de alto risco, os RN prematuros e os RN doentes estão a sobreviver. Estudos anteriores indicam que a experiência neonatal nos cuidados intensivos pode ser física e psicologicamente traumática para os pais. O impacto emocional da experiência dos pais na unidade neonatal continua com a transição do hospital para casa (Murdoch e Franck,2011).

Murdoch e Franck (2011) referem que poucos estudos se têm centrado sobre a transição que os pais experienciam após a alta dos RN para casa e pouco se sabe sobre as experiências das mães, para cuidarem da criança quando tem dor ou desconforto.

O estudo revelou que as mães referem sentimentos de apreensão e de falta de apoio, expressam preocupações sobre como realizar os procedimentos em casa, descrevem também as preocupações que enfrentam em ter um filho que foi prematuro ou de saúde frágil, expressaram ainda apreensão sobre a saúde dos seus filhos, com a perda de apoio da equipa da unidade neonatal e a perda de realização de procedimentos médicos.

O estudo revela que o apoio dos Enfermeiros de Saúde infantil trouxe às mães confiança na transição para o regresso a casa. A confiança das mães nas suas habilidades parentais desenvolvida por Enfermeiros Especialistas de Saúde Infantil melhorou, com a crescente competência no cuidado. Quando as mães sentiam que podiam ser cuidadoras especializadas, tornavam-se mais confiantes. Os profissionais de saúde ao darem garantias da saúde da criança, as mães também sentiam mais confiança nas suas capacidades. Também o apoio da família durante a transição do hospital para casa, fortalece as mães a construir a confiança nas suas habilidades (Murdoch e Franck, 2011).

As mães neste estudo partilharam uma preocupação comum: aprender a confortar os seus latentes. Estudos anteriores revelam que os pais têm preocupações com a dor na criança e são capazes de descrever sinais de dor. Uma das conclusões do estudo foi que as mães aprendem empiricamente a confortar os seus filhos.

Algumas mães sugeriam a importância de panfletos sobre cuidados básicos das crianças em casa ou terem um grupo de apoio após a alta. Neste sentido, as evidências indicam que os enfermeiros podem ser capazes de adaptar e fornecer informações e suporte instrumental mais adequados para as mães assumirem a responsabilidade total da prestação de cuidados aos filhos e avaliarem o seu grau de apreensão e de confiança.

As evidências indicam que a experiência da parentalidade das mães após a alta da unidade neonatal pode ser conceituada ao longo de um “*continuum* de apreensão - confiança”.

Este estudo foi congruente com outros estudos, referindo que uma importante preocupação das mães era a falta de confiança na sua capacidade, para cuidarem dos seus filhos de forma independente.

As evidências referem que a avaliação aprofundada dos aspetos do prestador de cuidados sobre o qual as mães têm confiança pode permitir aos Enfermeiros Especialistas aumentarem a consciência do papel poderoso da saúde infantil e o impacto que a realização de procedimentos médicos pode ter para o aumento das competências parentais.

As principais conclusões do estudo foram: o impacto emocional da experiência da unidade neonatal mantém-se com a transição do hospital para casa e a paternidade é especialmente complexa para os pais de RN de pré-termo e RN de termo com problemas de saúde. Neste sentido as evidências concluem que, uma melhor compreensão das experiências das mães com os seus filhos em casa vão ajudar os profissionais de saúde a melhorar os cuidados e apoiá-las neste período de transição crucial.

As evidências encontradas neste artigo vão ao encontro com a prática de cuidados da Mestranda durante o Estágio II na UCIN. Tendo em consideração que o impacto emocional da experiência de unidade neonatal continua na transição do hospital para casa, a Mestranda

procurou sempre apoiar os pais nesta transição crucial. Aproveitou todos os momentos para estabelecer uma relação de confiança, envolvendo os pais na prestação de cuidados ao RN, tornando-os parceiros no cuidar, com o objetivo de os dotar de competências parentais e de conhecimentos específicos para o cuidado ao RN prematuro, preparando os pais para a alta, o mais precocemente possível. Procurou nesses momentos esclarecer dúvidas e receios aos pais de acordo com as suas necessidades. Valorizou sempre a dor e o conforto do RN, tendo a preocupação de capacitar e treinar os pais nesse sentido.

Murdoch e Franck (2011) referem que os enfermeiros podem ser capazes de adaptar e fornecer informações, para as mães assumirem a responsabilidade dos cuidados ao RN, mais uma vez o estudo vem ao encontro da prática de cuidados da Mestranda, que elaborou um documento sobre **“Os Cuidados ao RN Prematuro na UCIN”** com o intuito de dotar os pais de conhecimentos específicos ao RN prematuro.

Neste estudo, algumas mães participantes, sugeriam a importância de panfletos sobre cuidados comuns das crianças. Neste contexto, as **“Recomendações aos Pais”** foram uma atividade realizada pela Mestranda durante o estágio II, por serem uma estratégia de otimização da promoção de saúde e também promotoras para o exercício da parentalidade, tornando os pais mais aptos nos cuidados aos seus filhos.

O **Artigo 3** apresenta um protocolo para um estudo com o objetivo de desenvolver e avaliar com as famílias, Enfermeiros, outros membros da equipa multidisciplinar e voluntários um conjunto de informação e suporte *online* aos pais, para poderem gerir em casa os cuidados aos seus filhos com doença renal crónica. Tem como objetivo criar suporte *online* ajudando os pais a serem cuidadores e a melhorarem a autoeficácia parental.

Swallow *et al.*, (2012), referem que existem evidências que indicam que as crianças com doença renal crónica requerem, cuidados domiciliários prestados pelos pais, apoiados por profissionais. Os pais de crianças e jovens com doenças crónicas, em particular, com doença renal em estadio de 3 a 5, identificaram uma necessidade de recursos *online* credíveis, disponíveis para complementar (não substituir) o apoio profissional existente, e ajudar na prestação de cuidados em casa com base no estado de saúde dos seus filhos. Os pais podem realizar a grande maioria da prestação de cuidados, incluindo as tarefas que são mais complexas e exigente sob orientação dos profissionais.

Swallow *et al.*, (2012) referem que em pesquisas anteriores, os pais participavam nos cuidados, tendo ensinamentos e avaliação dos mesmos, sendo o Enfermeiro um elemento-chave na prestação de cuidados neste contexto.

O programa de informação visa atender às necessidades dos pais para a quantidade e tipo de informações de que necessitam, reconhecendo a considerável diferença entre crianças e

jovens. Este projeto fornece evidências e recursos adaptados às necessidades dos pais para fortalecer os cuidados domiciliários e otimizar a adesão a regimes terapêuticos.

Neste estudo também é salientada a importância de intervenções adequadas às necessidades dos pais, das crianças e dos jovens.

As principais conclusões deste estudo são que globalmente, há um crescente interesse profissional e político em fornecer recursos *online*, baseados em evidências para apoiar e capacitar os pais de crianças com doenças a longo prazo.

Este artigo evidencia mais uma vez a promoção da parentalidade, fornecendo informação aos pais, baseada nas evidências de acordo com as necessidades da criança/jovem e família em situação de doença, para capacitarem os pais a serem os cuidadores dos seus filhos e melhorarem a autoeficácia parental. Outro aspeto a salientar é a importância de envolverem no estudo os pais, os Enfermeiros, outros membros da equipa multidisciplinar e voluntários em torno de um objetivo comum, melhorar a eficácia parental nos cuidados prestados aos filhos. Aspetos também valorizados e colocados em prática durante a prestação de cuidados da Mestranda durante o ensino clínico II.

Após a análise reflexiva dos artigos e tendo por base a pergunta PI[C]O, a Mestranda pode concluir, que as evidências científicas encontradas, vão ao encontro da sua prática de cuidados à criança e família, desenvolvida no percurso de construção da competência durante o Estágio II . Neste sentido, a Mestranda desenvolveu intervenções na promoção da Parentalidade a nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados, intervenções regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE,RPQCEESCJ, 2011).

Cuidar com base na evidência científica conduz a uma maior autonomia, autoconfiança e segurança no **Saber, Saber Ser, Saber Estar e Saber Fazer**.

5 – CONCLUSÃO

Com a elaboração do Relatório, a Mestranda pretendeu refletir e analisar de forma crítica e teoricamente fundamentada através da Prática Baseada na Evidência, as atividades que desenvolveu no percurso de aprendizagem durante o Estágio II, que lhe permitiram atingir os objetivos definidos para o CMESCJ e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros nos Regulamentos nº122 e 123 de 18 de Fevereiro de 2011.

Considera que o seu desempenho durante o Estágio II foi muito enriquecedor, pois proporcionou-lhe, crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para o seu futuro como Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, nomeadamente no Saber, Saber Ser, Saber Estar e Saber Fazer.

O acolhimento, a integração e a disponibilidade das Enfermeiras Cooperantes e da equipa multidisciplinar dos vários contextos, assim como o interesse e motivação da Mestranda, foram uma mais-valia para a aquisição de confiança e autonomia na prestação de cuidados, rumo à aquisição das competências.

A Mestranda salienta o apoio, a disponibilidade e a orientação da Sr.^a Professora Regina Ferreira durante todo o processo de aprendizagem desenvolvido, assim como da Sr.^a Professora Lurdes Torcato, na fase de elaboração do presente relatório.

Importa também referir que o tempo decorrido ao longo desta caminhada não foi isento de dificuldades e obstáculos. Destaca-se a difícil conciliação da vida profissional, com a pessoal e as exigências em termos de dedicação e disponibilidade do percurso formativo. Todavia, refletiu-se que se fosse fácil, o sucesso alcançado não seria tão recompensador.

Foi um percurso formativo onde se desenvolveram conhecimentos científicos, técnicos e humanos, aplicados em níveis elevados de julgamento e tomada de decisão, tendo sempre em consideração o contexto familiar e o superior interesse da criança.

Para Cuidar em Pediatria é essencial pisar novos trilhos, realizar novos projetos, com o fim último de maximizar a autonomia e o bem-estar da criança/jovem e família.

As intervenções de Enfermagem foram realizadas pela Mestranda face à vigente conceção de cuidados centrados na Criança/Jovem e Família, desenvolvendo intervenções na Promoção da Parentalidade a nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento, participação e parceria

de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados, promovendo o papel parental rumo à independência na maximização da saúde e ao bem-estar.

O papel dos pais foi também considerado durante o Estágio de uma importância inestimável. Foi fundamental e imprescindível a comunicação efetiva com os pais, a capacidade de escuta e de empatia, para o estabelecimento de uma relação de parceria e de confiança, no sentido da Promoção da Parentalidade, tentando transmitir segurança e tranquilidade necessárias durante a prestação de cuidados.

Os estudos analisados vão ao encontro da prática de Enfermagem que a Mestranda desenvolveu durante o Estágio II, no percurso de construção da competência. As intervenções foram realizadas em parceria com os pais, no sentido de os capacitar de competências parentais e de conhecimentos específicos de acordo com as suas necessidades, que permitam cuidar dos seus filhos em situação de doença, com mais autonomia, confiança e segurança.

Os Enfermeiros devem ser capazes de satisfazer as necessidades das crianças/jovens, qualquer que seja a estrutura familiar ou situação doméstica que lhe está subjacente. Devem ser capazes de avaliar essa estrutura familiar e dar o seu contributo na Promoção da Parentalidade, em qualquer das situações, respondendo sempre às necessidades da criança e da sua Família. Pois só assim se pode Cuidar e Capacitar para Cuidar.

Na transição para a Parentalidade a Enfermagem é uma Arte e cabe a cada Enfermeiro a competência de saber ser, saber estar e saber fazer para manter funcional as vicissitudes inerentes a esta etapa da vida tão crucial para os pais.

A elaboração deste Relatório tornou-se, assim, pertinente pois permitiu à Mestranda refletir sobre a sua aprendizagem no sentido dos seus reais interesses pessoais e profissionais e sobre o desenvolvimento de competências específicas, fomentando a ligação da teoria à prática, onde foram possibilitadas aprendizagens profissionalmente relevantes, que permitiram o alicerçar de saberes na área da Especialidade.

A Mestranda considera atingidos os objetivos propostos para o presente Relatório, tendo sido uma mais-valia para a intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e para a melhoria dos cuidados prestados. Pretende ser capaz de, ao longo da vida, manter-se no trilho da Qualidade, Cuidando de forma mais autónoma, competente e avançada.

“Quando te empenhas no que estás a fazer,
quando as tuas ações são úteis para ti e
simultaneamente para os outros; quando não
te cansas de procurar a doce satisfação da tua
vida e do teu trabalho...estás a fazer aquilo
para o qual nasceste.”

GARY ZUKAV

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(des) Equilíbrios familiares*. 3ª ed. Coimbra: Quarteto. (ISBN 989-558-067-3).
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau.
- Brazelton, T. (2007). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (10ª edição). Queluz de Baixo: Editora Presença.
- Bernardo, F. (1995). Aspectos da pedagogia do acolhimento eficaz, uma relação empática, congruente e terapêutica. *Informar*. Nº 2, pp.16 -19.
- Casey, A. (1993). *Development and Use of Partenership Modelo of Nursing Care*. In: Glasper, E.; Tucher, A. – *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Ordem dos Enfermeiros (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida*; Lidel- Edições Técnicas, Lda; Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 5ª edição. Lisboa.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra. Quarteto Editora. (ISBN 989-558-054-19).
- Decreto-Lei nº 161/96 Diário da República nº 205 de 04 de Setembro de 1996 1ª Série-A. Ministério da saúde. Portugal (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE]).
- Direção Geral da Saúde (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica*. Orientações Técnicas, 14 (1): 1-50;
- Direção Geral da Saúde (2012). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*, Lisboa, Direção geral da saúde. Portugal.

Doenges, M. e Moorhouse, M. (2010). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem* (5ª edição). Loures: Lusociência.

Farrell, M. (1994 Março). Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. *Nursing*. pp. 27-28. Lisboa. (ISSN 0871-6196).

Fernandes, A. (2000). *Crianças com Dor, O quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra. Quarteto.

Gage, J. ; Everett, K. e Bullock, L. (2006). Integrative Review of Parenting in *Nursing Research*. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (1).

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Higham, S. e Davies, R. (2012, July). Protecting, providing, and participating: fathers' roles during their child's unplanned hospital stay, an ethnographic study. *Journal of Advanced Nursing*. 6 (69), pp. 1390-1399. Acedido em 13 de Dezembro de 2014 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22909311&lang=pt-br&site=ehost-live>

Hockenberry, M. e Wilson, D. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição, Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. (ISBN 978-85-352-3447-3).

Hockenberry, M.; Wilson, D. e Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Mosby. (ISBN 978-85-352-1918-0).

Harrison, M. (2004). *Transitions continuity, and nursing practice*. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(2).

Instituto de Apoio à Criança (2000). *Carta da Criança Hospitalizada: Humanização dos serviços de atendimento à criança*. Amadora: Medinfar.

Jorge, A (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência. (ISBN 972-8383-79-79).

Mano, M. (2002, Maio). Cuidados em parceria as crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais; In Referência. *Revista de Enfermagem* Nº8; Coimbra. (ISSN 0874-0283).

Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação*. Coimbra: Quarteto Editora. (ISBN 972-8717-16-4).

Meleis, A., Sawyer, L., IM, E., Messias D. e Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*.

Murdoch M. e Franck, L. (2011, October). Gaining confidence and perspective: a phenomenological study of mothers' lived experiences caring for infants at home after neonatal unit discharge. *Journal of Advanced Nursing*. 9 (68), pp. 2008-2020. Acedido em 13 de Dezembro em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22111982&lang=pt-br&site=ehost-live>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Revista Divulgar. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Queiroz, M. e Barroso, M. (2005). *Famílias inseridas no contexto de cuidado da criança hospitalizada*. In Barroso, M. ; Vieira, N. e Varela, Z., *Organização da Saúde da família II: espaço de incertezas e possibilidades*. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores.

Ramos, M. (2005). Adaptação Paterna para a Parentalidade. *Federação Española de Asociaciones de Psicología*. Vol 10, nº 2. ISSN – 15779-4113.

Regulamento n.º 122/2011. Diário da República nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011 - II Série - E. Ordem dos Enfermeiros. Portugal (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista).

Regulamento n.º 123/2011. Diário da República nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011 - II Série - E. Ordem dos Enfermeiros. Portugal (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem).

Relvas, A. (2000). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições: Afrontamento. (ISBN 972-36-0413-2).

Roth, P. (1996). *Family health promotion during transitions*. Em Bomar, Perry J., *Nurses And family health promotion in concepts, assessment, and interventions* (2.ª ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*. Revista do hospital de crianças maria pia, nº 1, vol. XX pp.26-31.

Smith, L. ; Coleman, V; e Bradshaw, M. (2006). *Family-centred Care: Using the Practice Continuum Tool*; in Glasper, A.; Richardson, J. *A Textbook of Children's and Young People's Nursing*; Churchill Livingstone; Elsevier.

Subtil, C.; Fonte, A. e Relvas, A. (1995). *Impacto na família da doença grave/crónica em crianças: Inventário de resposta à doença dos filhos*. *Psiquiatria Clinica* 16(4), pp.241-250.

Swallow, V.; Knafl, K.; Sanatacroce, S.; Hall, A.; Smith, T. ; Campbell, M. e Webb, N.(2012, November). The Online Parent Information and Support project, meeting parents' information and support needs for home-based management of childhood chronic kidney disease: research protocol. . *Journal of Advanced Nursing*. 9 (68), pp. 2095-2102. Acedido em 13 de Dezembro de 2014 em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22224560&lang=pt-br&site=ehost-live>

Tacsi, Y. (2003). *Vivências da enfermeira na assistência à criança em situação de emergência - parada cardiorespiratória*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública.

Vieira, A. (2008). Necessidades de Aprendizagem dos Pais na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão da Literatura. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871-2379. 56:3-4 pp.146-154.

Wright, L. e Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (3.^a ed.). São Paulo: Editora Roca, ISBN: 85-7241-346-4.

Anexos

ANEXO I - Projeto de estágio II



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E JOVEM II E
RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO II
A PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL



Orientação:

Prof.ª Dr.ª Regina Ferreira

Mestranda:

Elsa Margarida Silva

Nº 110435013

Santarém, Novembro 2013

**“ Diz-me e eu esquecerei.
Ensina-me e eu lembrar-me-ei.
Envolve-me e eu aprenderei”.**

Proverbio chinês

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1-PLANO DE ATIVIDADES.....	7
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do 1º Mestrado de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem do ano letivo de 2012/2013 foi proposto a elaboração de um projeto de estágio a desenvolver na Unidade Curricular: “Estágio II e Relatório”, que contempla os seguintes estágios: Estágio de Pediatria que vai ser realizado no período de 28 de Outubro a 6 de Dezembro de 2013; Estágio de Neonatologia, o qual vai ser realizado no período de 9 a 20 de Dezembro de 2013 e de 6 a 24 de Janeiro de 2014 e o Estágio de Urgência Pediátrica que vai ter início a 3 de Fevereiro de 2014 e termino a 28 de Fevereiro de 2014.

Cuidar em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nos diversos contextos, remete para uma filosofia baseada numa abordagem centrada na criança e família, implicando um reconhecimento especializado e uma intervenção focalizada nas necessidades, características e expectativas desta díade, cabe então ao enfermeiro especialista, apoiar, respeitar, encorajar e enfatizar as potencialidades e as competências da família.

De acordo com o regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista nesta área utiliza um modelo de intervenção, cujo enquadramento conceptual se centra na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos cuidados e trabalha em parceria com a criança/família ou pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre, para promover o mais elevado estado de saúde possível (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

A Mestranda pretende desenvolver uma prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica, na área da Parentalidade, sendo esta a sua área de interesse. Ao longo dos estágios pretende Promover o Papel Parental, estabelecendo uma relação de parceria de cuidados com a criança/jovem e família, privilegiando assim na prática de cuidados, os princípios orientadores do Modelo de Parceria de cuidados de Anne Casey. Salienta-se a sua importância ao nível do reconhecimento e respeito pela família nos cuidados à criança, conduzindo a que as necessidades da criança/família sejam centrais ao processo de cuidar, tendo o Enfermeiro Especialista uma intervenção primordial na promoção do ensino e apoio, de modo a capacitar a família na tomada de decisão (CASEY,1993).

Para Casey (1993), citada por MANO (2002, p.233) refere que “as crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança”. Este modelo valoriza o amor como forma de cuidar, motivo pelo qual os pais são os melhores prestadores de cuidados ao seu filho”. Assim sendo, torna-se importante promover o papel parental, de forma a manter a força dos papéis e laços familiares com a criança, promovendo o bem-estar da unidade familiar.

Os Enfermeiros desempenham um papel preponderante na adaptação ao processo da Parentalidade. É importante que os profissionais aumentem o conhecimento científico acerca da Parentalidade, de modo a proporcionar à criança/jovem/família e sociedade em geral o benefício e influência positiva da mesma. Torna-se relevante cuidar em parceria com os pais no sentido de os dotar de competências parentais e de conhecimentos específicos de modo a ficarem aptos a identificar e acompanhar as diferentes etapas do desenvolvimento dos seus filhos.

Os Enfermeiros podem também contribuir para minimizar os stressores associados à doença e hospitalização da criança, diagnosticando e intervindo precocemente nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem e família, sendo esta uma das competências do Enfermeiro especialista descritas pela Ordem dos Enfermeiros.

Este projeto tem como objetivos:

-Planear as atividades a desenvolver no Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem II nos vários contextos, de acordo com os objetivos definidos e competências a desenvolver;

-Justificar o tema do projeto, tendo por base fundamentação teórica.

Para o Ensino Clínico II, para além dos objetivos definidos em programação, que são:

-Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua Saúde;

-Prestar cuidados de Enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem nos vários contextos;

-Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

A Mestranda definiu como objetivo geral, tendo em conta a temática a desenvolver durante os estágios:

- Promover o Papel Parental e a relação de parceria de cuidados com a Criança/Família, contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos pais.

Definiu ainda como objetivos específicos:

- Conhecer a estrutura Física, Orgânica e Funcional dos vários contextos;

- Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua Saúde, dando ênfase à Parentalidade;
- Prestar cuidados de Enfermagem complexos e especializados à criança/jovem e família de acordo com cada contexto;
- Contribuir para a redução dos stressores da Criança/Jovem e família perante a situação de internamento/doença;
- Promover a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Avaliar o desenvolvimento da Mestranda ao longo dos Estágios, potenciando o crescimento pessoal e profissional
- Avaliar o desenvolvimento da Mestranda ao longo dos Estágios, potenciando o crescimento pessoal e profissional
- Desenvolver uma prática clínica baseada na evidência, na área da Parentalidade, com recurso à metodologia científica.

Um projeto no âmbito da Promoção da Parentalidade pode ser desenvolvido e aplicado na prática nos diversos contextos do cuidar em Pediatria, sendo sempre apresentado e negociado com a Professora Orientadora, Enfermeiras Chefes e Enfermeiras Cooperantes, no sentido da sua aplicabilidade e adaptação às necessidades e características dos serviços, contribuindo para a sua persecução de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem, de uma forma mais efetiva e eficaz.

É importante referir que este projeto e respetivo plano de atividades pode ser alvo de alterações no decorrer dos Estágios de acordo com as necessidades e características dos contextos.

1-PLANO DE ATIVIDADES

Seguidamente, vai ser apresentado o plano de atividades a desenvolver durante o Estágio II, a ser realizado, no Serviço de Pediatria, Serviço de Neonatologia e serviço de Urgência Pediátrica, tendo em consideração os objetivos propostos e o desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, preconizadas para a realização desde estágio.

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	QUEM	ONDE	QUANDO
<p>1 - Conhecer a estrutura Física, Orgânica e Funcional do serviço de Pediatria, do serviço de Neonatologia e do serviço de Urgência Pediátrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Contribui para um trabalho de Equipa eficaz; -Participa com os membros da equipa de Saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente; -Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; -Participa na construção de tomada de decisão em equipa; - Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados; - Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com Enfermeira Cooperante para acolhimento/ integração, nos vários serviços; - Visita guiada com a Enfermeira cooperante para conhecimento da estrutura física das diferentes unidades; - Conhecer o microssistema - Missão, Modelo teórico, métodos de organização de trabalho; - Conhecimento do sistema informático a utilizar para os registos de Enfermagem; - Conhecer os protocolos e normas do serviço em vigor para a prestação de cuidados; - Perceber forma de articulação dos vários serviços com outras unidades/serviços (mesossistema); - Identificar o circuito da Criança/família, desde a admissão na Unidade até á alta clinica; - Apresentação às equipas de Saúde; - Apresentação e validação do projeto de Estágio com a Enfermeira Cooperante e professora; -Integração na Equipa multidisciplinar no contexto de internamento de Pediatria, Neonatologia e urgência Pediátrica; -Identificação das características e necessidades da população-alvo com a Enfermeira cooperante, tendo em conta a operacionalização do projeto; -Identificação e reflexão sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem nos vários 	<p>Mestranda</p>	<p>Em todos os contextos</p>	<p>1ª Semana de Estágio em cada contexto</p>

A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença

		contextos; -Utilizar os recursos disponíveis em cada contexto de forma eficiente para promover a qualidade;			
--	--	--	--	--	--

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	QUEM	ONDE	QUANDO
<p>2 - Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua Saúde, dando ênfase à Parentalidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime terapêutico e de reinserção social da criança e do jovem; -Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança; -Promove a autonomia dos cuidados; -Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à sua cultura; 	<ul style="list-style-type: none"> -Negociação da participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar rumo à independência e bem-estar (cuidar em parceria com os pais); -Proporcionar apoio/educação no desenvolvimento e /ou manutenção das capacidades para uma vivência independente após internamento; -Fornecer informação de Saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família a atingir os níveis ótimos de Saúde; -Avaliação e Identificação das necessidades de ensino aos pais nos vários contextos; -Validação das necessidades de ensino aos pais com Enfermeira Cooperante; -Planeamento dos conteúdos a abordar nas sessões; -Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades da Mestranda; -Escolha da metodologia mais adequada tendo em conta as capacidades de aprendizagem dos pais; -Seleção do material pedagógico adequado ao espaço físico, ao grupo e à situação; -Realização de Sessões de Educação para a Saúde formais e informais de acordo 	<p>Mestrada</p>	<p>Serviço de Pediatria; Neonato- logia e Urgência Pediátrica</p>	<p>Ao longo dos Estágios</p>

A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença

		com as necessidades identificadas; -Avaliação da aprendizagem e compreensão dos conteúdos transmitidos (Ex: aplicação de questionários); -Fornecer material de suporte (ex: folhetos).			
--	--	--	--	--	--

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	QUEM	ONDE	QUANDO
<p>3 - Prestar cuidados de Enfermagem complexos e especializados à criança/jovem e família em situação de internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade - Baseia a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; - Cria um ambiente terapêutico seguro; - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime terapêutico e de reinserção social da criança e do jovem; - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida da criança/jovem; - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas; - Promove o crescimento e 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica constante de acordo com as necessidades da Mestranda; - Assistir a criança/jovem e família em situação de doença/cirurgia, de acordo com metodologia científica - Modelo teórico de Anne Casey; - Aplicar protocolos e normas em vigor; - Avaliação da dor segundo protocolo e escala da dor instituída no serviço; - Implementação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor; - Ensinos aos pais/criança sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor de acordo com a idade e fase de desenvolvimento da criança/jovem; - Realização da admissão e acolhimento da criança/família no serviço segundo protocolo estabelecido; - Realização da Avaliação inicial (História clínica de Enfermagem) o mais precocemente possível (nas 1as 24 horas); - Elaboração do plano de cuidados de acordo com os diagnósticos e intervenções de enfermagem identificados; - Identificação de Situações cujo Papel Parental se encontre alterado e respetivo encaminhamento, de acordo com protocolo do serviço; 	Mestranda	Serviço de Pediatria	De 28 de Outubro a 6 de Dezembro

	<p>desenvolvimento infantil; -Promove o papel parental; -Promove a vinculação de forma sistemática; -Sensibiliza os pais e cuidadores para o risco de violência, consequências e prevenção;</p>	<p>- Execução e avaliação dos cuidados prestados á criança/família; -Atualização do plano de cuidados de acordo com a evolução da situação da criança; -Registos de Enfermagem de acordo com metodologia científica em suporte informático instituído - GLINT; Preparação do regresso a casa: -Instruir o prestador de cuidados sobre regime medicamentoso a cumprir no domicílio; -Transmissão de orientações antecipatórias às famílias de acordo com o estadio de desenvolvimento, para a maximização da sua saúde; -Educação para a Saúde informal de acordo com o motivo de internamento e necessidades dos pais; -Realização da Referência de Enfermagem Para Centro de saúde sempre que seja necessário encaminhamento da situação; -Utilização de técnicas de comunicação com a criança/família tendo em consideração o estadio de desenvolvimento e sua cultura; - Avaliação do desenvolvimento da parentalidade através de conversas informais com os pais e observação da relação, vinculação mãe-filho;</p>			
--	--	--	--	--	--

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	QUEM	ONDE	QUANDO
<p>4 - Prestar cuidados de Enfermagem complexos e especializados ao recém-nascido e família em situação de internamento no Serviço de Neonatologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade - Baseia a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; - Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem; - Cria um ambiente terapêutico seguro; - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime terapêutico e de reinserção social da criança e do jovem; - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida da criança/jovem; - Promove a adaptação da criança/jovem e família á doença crónica, deficiência/incapacidade; - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica constante de acordo com as necessidades da Mestranda; - Assistir o Recém-nascido e família de acordo com metodologia científica (Modelos teóricos utilizados) desde a admissão até á alta/transferência; - Avaliação dos reflexos do recém-nascido; - Avaliação da dor segundo protocolo do serviço; - Implementação de medidas não farmacológicas da dor; - Capacitar os pais para medidas não farmacológicas do alívio da dor; - Capacitar os pais para as competências do recém-nascido, no sentido de cuidar em parceria com os pais promovendo a parentalidade; - Promover a vinculação precoce e a parentalidade positiva; - Observar apego ao Recém-nascido; - Avaliação do desenvolvimento da parentalidade; - Contribuir para a redução dos stressores do prematuro, promovendo um ambiente calmo; - Cooperar com a Enfermeira Cooperante e Equipa multidisciplinar no cuidado ao prematuro internado nos cuidados intensivos; 	<p>Mestranda</p>	<p>Serviço de Neonatologia</p>	<p>De 9 a 20 de Dezembro e de 6 a 24 de Janeiro.</p>

	<p>respostas;</p> <ul style="list-style-type: none">-Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de Enfermagem adequados-Promove o crescimento e desenvolvimento infantil;-Promove o papel parental;-Promove a vinculação de forma sistemática no caso do recém - nascido;	<ul style="list-style-type: none">-Cooperar com a equipa multidisciplinar na gestão das emoções e luto familiar perante a morte;- Promover a expressão de sentimentos da família;- Promover um ambiente terapêutico seguro;-Elaborar registos de Enfermagem, fazendo uma avaliação das intervenções desenvolvidas, de acordo com metodologia Científica, no sistema informático utilizado;			
--	--	---	--	--	--

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	QUEM	ONDE	QUANDO
<p>5 - Prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados à criança/jovem e família em situação de urgência</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade - Baseia a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; - Cria um ambiente terapêutico seguro; - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime terapêutico e de reinserção social da criança e do jovem; - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida da criança/jovem; - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas; - Promove o crescimento e 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica constante de acordo com as necessidades da Mestranda; - Assistir a criança/jovem e Família de acordo com o motivo da ida á urgência, utilizando a metodologia Científica instituída; - Efetuar triagem de Enfermagem de acordo com o protocolo do serviço; - Educação para a saúde Informal á criança/jovem e família de acordo com o motivo de urgência e necessidades sentidas pelos pais; - Promover um ambiente terapêutico seguro; - Proceder ao encaminhamento da criança/jovem e família no caso de internamento, transferência ou alta; - Cuidar da criança/jovem e família em situação de emergência; - Registos de Enfermagem de acordo com metodologia Científica; - Negociar e desenvolver o papel parental, ajudando os pais a adotarem comportamentos promotores do crescimento e desenvolvimento infantil; - Promover as competências parentais para o autocuidado; 	<p>Mestranda</p>	<p>Serviço de Urgência Pediátrica</p>	<p>De 27 de Janeiro a 21 de Fevereiro</p>

	<p>desenvolvimento infantil; -Promove o papel parental; -Promove a vinculação de forma sistemática; -Sensibiliza os pais e cuidadores para o risco de violência, consequências e prevenção;</p>				
--	---	--	--	--	--

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	QUEM	ONDE	QUANDO
<p>6 - Contribuir para a redução dos stressores da Criança/Jovem e família perante a situação de internamento/doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime terapêutico e de reinserção social da criança e do jovem; - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida da criança/jovem; - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento da relação de ajuda/confiança com a criança/Jovem e família desde o acolhimento; - Permitir que os pais ou pessoa significativa permaneçam com a criança/jovem; - Esclarecimento de dúvidas de acordo com as necessidades identificadas; - Ser honesto; - Facilitar expressão de sentimentos; - Utilização de linguagem adequada à criança/ Jovem e família e à sua cultura; - Manter as rotinas domésticas sempre que possível; - Estimular o autocuidado de acordo com as capacidades da criança/ jovem e família; - Estimular o brincar adequando as brincadeiras a cada faixa etária; - Mimar e confortar a criança para obter a sua confiança; 	<p>Mestranda</p>	<p>Em todos os contextos</p>	<p>Ao longo dos estágios</p>

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	QUEM	ONDE	QUANDO
7 - Promover a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Planeia programas de melhoria continua; - Concebe, gere e colabora em Programas de melhoria contínua da qualidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de oportunidades de melhoria de cuidados de acordo com a temática do projeto; - Validação das sugestões de melhoria com Enfermeira Cooperante; - Elaboração da Instrução de trabalho sobre: "O Papel Parental"; - Informar Equipa de Enfermagem da respetiva instrução de trabalho; - Elaboração de guias orientadores de boas práticas para os pais: <ul style="list-style-type: none"> . Recomendações: "Criança com Dor"; . Recomendações: " Criança com Febre"; . Recomendações: Criança com Vómitos e Diarreia"; 	Mestranda	<p>Em todos os contextos</p> <p>Serviço de Pediatria</p>	<p>Ao longo dos estágios</p> <p>Novembro 2013</p>

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	QUEM	ONDE	QUANDO
<p>9 - Avaliar o desenvolvimento da Mestranda ao longo dos Estágios, potenciando o crescimento pessoal e profissional</p>	<p>-Baseia a sua praxis clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; - Fundamenta e reflete a prática clinica especializada</p>	<p>- Reflexão e análise das atividades desenvolvidas; - Identificação de aspetos facilitadores e dificuldades do Desenvolvimento do Ensino clinico e definição de estratégias de melhoria ao longo do estágio e formalmente em dois períodos, intermédio e final; -Análise individual e em conjunto com Enfermeira cooperante de todo o processo de aprendizagem desenvolvido através de conversas informais e recorrendo á folha de avaliação individual; - Reunião com a Professora Orientadora e respetivas Enfermeiras Cooperantes dos vários contextos para balanço e avaliação final dos Estágios;</p>	<p>Mestranda, Professora Orientadora e Enfermeira Cooperante</p>	<p>Em todos os contextos</p>	<p>Avaliação contínua ao longo dos Estágios; Momentos de avaliação formal a agendar;</p>

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	QUEM	ONDE	QUANDO
<p>10 - Desenvolver uma prática clínica baseada na evidência, na área da Parentalidade, com recurso à metodologia científica</p>	<p>Área de interesse da Mestranda;</p> <p>-Fundamenta e reflete a prática clínica especializada tendo por base a prática baseada na evidencia, numa perspetiva da melhoria dos cuidados;</p> <p>-Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade;</p> <p>- Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática;</p>	<p>- Elaboração do Projeto de estágio tendo por base: área de interesse e competências do Enfermeiro Especialista;</p> <p>- Apreciação do cuidar em Parceria nos vários contextos, promovendo sugestões de melhoria;</p> <p>- Validação do projeto de Estágio com a Professora Orientadora;</p> <p>- Recurso à revisão da literatura, cumprindo o protocolo de pesquisa, por forma a desenvolver o cuidar especializado em cada contexto., de acordo com a evidência;</p> <p>- Desenvolvimento do Relatório de Estágio tendo por base os objetivos definidos institucionalmente.</p>	<p>Mestranda</p>		<p>Ao longo do processo de aprendizagem</p>

A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASEY, A. (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: Glasper, E. A.; Tucher, A. – *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari.

DIÁRIO da REPÚBLICA, 2ªsérie - Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

DIÁRIO da REPÚBLICA, 2ªsérie - Regulamento n.º 123/2011, de 18 de Fevereiro, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem.

MANO, M. (2002). Cuidados em parceria as crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. In *Referência*. Nº 8, Maio.

ANEXO II - Recomendações aos Pais

RECOMENDAÇÕES

CRIANÇA COM VÔMITOS E DIARREIA

OS **VÔMITOS** e a **DIARREIA** são situações comuns em crianças pequenas.

O **Importante** é prevenir a **Desidratação**.

O QUE É O VÔMITO?

- ❖ É a expulsão súbita dos alimentos ou conteúdo gástrico pela boca.

O QUE É A DIARREIA?

- ❖ É o aumento do número de evacuações e a diminuição da consistência das fezes.

COMPLICAÇÕES:

- ❖ **Desidratação** que resulta da perda excessiva de líquidos e sais, que são importantes ao equilíbrio do organismo e bem-estar da criança.



FATORES DESENCADEANTES:

- ❖ Infecções provocadas por vírus, bactérias ou parasitas;
- ❖ Erros alimentares;
- ❖ Intolerância alimentar (alimentos que podem provocar alergias - ovos, peixe, morangos, leite...);
- ❖ Intolerância medicamentosa (existem certos antibióticos que podem provocar alteração intestinal);
- ❖ Falta de higiene a cozinhar os alimentos (importante a higiene das mãos);
- ❖ Alimentos com más condições de conservação, (alimentos fora de prazo ou fora do frigorífico) ou contaminados (como o caso dos bolos feitos com ovos e cremes);

ALIMENTAÇÃO

EM CASO DE VÔMITOS:

- ❖ Deixar a criança em pausa alimentar durante 1 hora, ou seja, sem comer e sem beber;
- ❖ Oferecer soros orais ou líquidos frescos açucarados de forma fracionada, ou seja, 5 ml de 5 em 5 minutos durante 1 horas;
- ❖ Após 1 hora, oferecer a dieta adequada à idade de forma gradual e fracionada, evitando os doces, fritos e gorduras;
- ❖ Verificar tolerância;



❖ Se os vómitos persistirem recorra ao **SERVIÇO DE URGÊNCIA**
EM CASO DE DIARREIA:

- ❖ Continuar a amamentar se for caso disso, reforçando o número de mamadas ao longo do dia;
- ❖ Oferecer líquidos frescos fracionados (soros orais frescos, água açucarada ou chá) para evitar a **desidratação**;

- A **Alimentação** deve ser Ligeira, Fracionada e não deve forçar o seu filho a comer (apresentam pouco apetite).

- Quando o seu filho tiver diarreia, deve manter dieta habitual adequada à idade, evitando doces, fritos e gorduras.

Se continuar com Diarreia, tiver Febre e apresentar sinais de Desidratação deve recorrer ao **SERVIÇO DE URGÊNCIA**.



Por favor, leia atentamente todas estas indicações, no caso de **dúvidas** não hesite em solicitar mais informações à **Equipa de Saúde**.

RECOMENDAÇÕES CRIANÇA COM FEBRE

O QUE É A FEBRE?

- ❖ É uma elevação anormal da temperatura corporal. Considera-se febre quando a temperatura é superior ou igual a 38°C.
- ❖ A febre traduz uma reação do organismo a uma agressão. É uma manifestação normal num organismo saudável, sendo no entanto um sinal de alerta de que algo não está bem.



NÃO É UMA DOENÇA!

Avaliação da temperatura:

- ❖ Através de um termómetro;
- ❖ Avaliação axilar, timpânica ou retal.

MEDIDAS A TER PARA CONTROLAR A FEBRE:

ARREFECIMENTO NATURAL:

- ❖ Despir a criança ou retirar algumas peças de roupa;
- ❖ Verificar a temperatura ambiente;
- ❖ Aplicar compressas ou toalhas embebidas em água tépida sobre a testa, tórax e axilas (trocar frequentemente);
- ❖ Proporcionar ambiente calmo;
- ❖ Avaliar temperatura corporal 30 minutos após cada intervenção;

MEDICAÇÃO:

- ❖ Não se esqueça que antes de administrar qualquer medicamento para a febre deve avaliar a temperatura da criança;
- ❖ Administrar Paracetamol ou Ibuprofeno de acordo com as indicações médicas ou sempre de acordo com idade e o peso da criança;
- ❖ Registar o medicamento administrado, a hora e a temperatura avaliada;
- ❖ Administrar Paracetamol com intervalo mínimo de 6h;
- ❖ Administrar Ibuprofeno com intervalo mínimo de 8h;
- ❖ Se febre persistir pode administrar alternadamente Paracetamol e Ibuprofeno de 4 em 4 horas;
- ❖ Não administrar Ibuprofeno antes dos 12 meses, salvo indicação médica.



HIDRATAÇÃO

- ❖ Devem ser oferecidos líquidos com regularidade de acordo com a preferência da criança, para evitar a desidratação;
- ❖ Não forçar a criança a alimentar-se, principalmente em pico febril;



COMPLICAÇÕES:

- ❖ **Convulsão febril** (movimentos descontrolados dos olhos e do corpo);
- ❖ **Desidratação** (perda de líquidos).

QUAIS OS SINAIS DE ALARME?

- ❖ Prostração da criança (ex: pouco ativa, não quer brincar, recusa alimentar, sonolência exagerada), ou alterações de comportamento (ex: irritabilidade/ou gemido durante o pico febril);
- ❖ Rigidez da nuca;
- ❖ Alteração da coloração da pele;
- ❖ Dificuldade respiratória;
- ❖ Vómitos persistentes;
- ❖ Convulsão febril.

EM QUALQUER DESTAS SITUAÇÕES RECORRA AO **SERVIÇO DE URGÊNCIA**



- ❖ Se a febre persistir por mais 2 ou 3 dias, sem outros sintomas, deve recorrer ao **Centro de Saúde**.

É IMPORTANTE:

- ❖ Vigiar o comportamento do seu filho;
- ❖ Ficar atento ao aparecimento de outros sintomas;
- ❖ Avaliar a temperatura de 4 em 4 horas.



Por favor, leia atentamente todas estas indicações, no caso de **dúvidas** não hesite em solicitar mais informações à **Equipa de Saúde**.

RECOMENDAÇÕES

Criança com Dor

A **Dor** existe sempre que a criança diz que existe ou manifesta comportamento sugestivo de dor (choro, irritabilidade, alteração da expressão facial, gemido).



ORIENTAÇÕES

- Dar tempo à criança para exprimir a sua dor e acreditar sempre quando esta refere dor;
- Manter ambiente calmo e tranquilo (diminuindo a luminosidade e o ruído);
- Usar um tom de voz calmo e observar o comportamento da criança;
- Incentivar a criança a partir dos 3 anos a avaliar a sua dor (localização, duração, intensidade);
- Reconhecer os fatores de alívio e de agravamento da dor (ter presente experiências anteriores e medos);
- Usar o humor com a criança para a distrair da sua dor.

COMO ALIVIAR A DOR

Programação das atividades de vida

Atender ao horário das refeições e ao tipo de alimentação, aos posicionamentos, aos períodos de atividade e repouso e aos fatores que provocam stress e medos à criança.

Distração

Consiste em dirigir a atenção da criança para um acontecimento ou estímulo agradável (a atenção é desviada da dor). Esta pode ser:

- **Ativa** - (cantar, contar, soprar, controlar a respiração e cerrar as mãos)
- **Passiva** - (música ao agrado da criança, televisão, objetos lúdicos)

Imaginação orientada

Consiste em fazer com que a criança:

- Identifique uma experiência agradável;
- Descreva com detalhes essa experiência;
- Escreva ou desenhe essa experiência.



Relaxamento

Com o bebé:

- Pegar numa posição confortável e bem apoiado;
- Embalarem movimento de vaivém, ou embalá-lo numa cadeira de baloiço;
- Repetir uma ou duas palavras calmamente, como: “a mamã está aqui”;

Com uma criança:

- Pedir que respire profundamente;
- Ajudar a assumir uma posição confortável, se necessário com o apoio de almofadas;

Estimulação Cutânea

Consiste na estimulação cutânea através de movimentos de fricção simples e ritmados:

- Uso de pressão;
- Massagem manual com loção ou creme hidratante;
- Aplicação de calor ou frio.

MEDICAÇÃO

- Administrar **Paracetamol** ou **Ibuprofeno** de acordo com a idade e/ou peso da criança;
- Administrar Paracetamol com intervalos mínimos de 6 horas;
- Administrar **Ibuprofeno** com intervalos mínimos de 8 horas;
- Se a **Dor** persistir, intercalar Paracetamol e **Ibuprofeno** de 4 em 4 horas;
- Não administrar **Ibuprofeno** antes do ano de idade, salvo indicação médica.



Por favor, leia atentamente todas estas indicações, no caso de **dúvidas** não hesite em solicitar mais informações à **Equipa de Saúde**.

ANEXO III - Instrução de trabalho - “O Papel Parental”

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Papel Parental

Serviço de Pediatria

Definição

De acordo com a CIPE (2000) Papel Parental é um tipo de Interação de Papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento ótimo da criança dependente.

Objetivo

Implementar o Diagnóstico do **Papel Parental** no Plano de Cuidados da Criança/Adolescente internado no serviço de Pediatria.

Orientações

- ✓ Levantar o diagnóstico do Papel Parental sempre que se verifique que não é adequado.
- ✓ Levantar o diagnóstico do Papel Parental sempre que se realizarem ensinamentos aos pais de acordo com as necessidades identificadas.

Conhecimento dos pais sobre:

Alimentação, Higiene pessoal, Eliminação, Crescimento e desenvolvimento, Vigilância de Saúde, Situações de Risco (prevenção de acidentes).

Intervenções de Enfermagem:

- Ensinar manobra de desengasamento ao RN;
- Ensinar mudança de fralda;
- Ensinar pais sobre alimentação do Recém-nascido;
- Ensinar pais sobre a alimentação da criança;

- Ensinar pais sobre adesão à vacinação;
- Ensinar pais sobre resposta à vacinação;
- Ensinar pais sobre gestão do regime terapêutico da criança;
- Ensinar pais sobre higiene do Recém-nascido;
- Ensinar pais sobre higiene da criança;
- Ensinar pais sobre hábitos da criança;
- Ensinar pais sobre prevenção de acidentes;
- Ensinar pais sobre regime medicamentoso da criança;
- Treinar manobra de desengasgamento ao RN;
- Treinar mudança da fralda;
- Treinar pais sobre a alimentação do Recém-Nascido;
- Treinar pais sobre gestão do regime terapêutico da criança;
- Treinar pais sobre higiene do Recém-nascido;
- Treinar pais sobre higiene da criança.



Elaborado por:
Mestranda - Elsa Silva
1º CMESCJ

Novembro 2013

ANEXO IV - Os Cuidados ao RN Prematuro na UCIN

Cuidados ao Recém-nascido Prematuro na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS



Janeiro 2014

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

Cuidados ao Recém-nascido Prematuro na UCIN

As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) destinam-se a Recém-nascidos com problemas exigindo cuidados especiais. Grande parte dos bebés internados nessas unidades nasce antes do tempo (prematuros). Muitos deles não estão verdadeiramente doentes, apenas não estão suficientemente desenvolvidos. São também admitidos recém-nascidos de termo com outros problemas de Saúde, nomeadamente infeções graves, complicações relacionadas com o nascimento e anomalias congénitas que frequentemente precisam ser operadas.

Quando se considera um Recém-nascido Prematuro?

Uma gravidez normal é de 37 a 42 semanas. Se o parto ocorre antes da 37ª semana, o bebé é considerado prematuro, o que significa que, além de nascer antes do tempo previsto, nasce antes do tempo considerado seguro para o nascimento de uma criança. Assim o bebé fica mais vulnerável a complicações e a fatores externos tais como: ruído, intensidade da luz, e tudo que possa perturbar a tranquilidade que ele precisa.

Que cuidados se devem ter com um RN Prematuro?



Com o nascimento de um filho prematuro, é natural que os pais fiquem muito assustados e preocupados, neste sentido é importante que os pais e a Equipa de Saúde estabeleçam precocemente uma relação de empatia e de confiança para ultrapassarem os medos existentes. É muito importante colocarem as dúvidas que tiverem.

A **Equipa de Saúde** (Médico assistente e o Enfermeiro Responsável) está sempre disponível para informar e esclarecer os pais sobre a evolução do estado do bebé e sobre os procedimentos a realizar. O Médico assistente encontra-se sempre na Unidade no período da Manhã.

É importante que os pais **cumpram as orientações** estabelecidas pelos profissionais de saúde da UCIN, de modo a promoverem o bom desenvolvimento, o conforto e tranquilidade do seu filho.

Os Pais são os principais cuidadores, são os primeiros a proporcionar carinho e atenção, fatores indispensáveis para o desenvolvimento harmonioso do seu filho.

A sua presença é imprescindível!

A participação dos pais nos cuidados é muito importante, pois favorece a interação e vinculação entre pais e filhos, proporciona ao bebé sentimentos de segurança e proteção e minimiza também os fatores de stress intrínsecos ao internamento na UCIN.



Os estímulos que podem influenciar o equilíbrio do Recém-nascido prematuro numa UCIN são:

- Ruído;
- Intensidade da luz;
- Posicionamento;
- Manipulação frequente.

Os cuidados prestados pelos profissionais são centrados no desenvolvimento neuro-comportamental do Recém-nascido e adequado ao grau de prematuridade, de modo a evitar problemas a longo prazo, Logo, os profissionais, na prestação de cuidados tendem a reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no bebé prematuro fora do útero da mãe.



Ambiente Protegido

O ambiente externo é muito diferente do ambiente protegido que era o útero materno. É fundamental que não haja demasiada luz, ruído e o posicionamento deve ser mais frequente, pois a sua força muscular ainda se encontra muito débil para que consiga fazer algum movimento. O contato e manipulação não devem ser excessivos para não provocar mais stress no bebé.

A Importância do Silêncio

O ruído em demasia na UCIN, não é aconselhável, deverá falar em tom de voz baixo e de forma suave, para não perturbar o sono do bebé e minimizar sequelas a nível auditivo.

Deve-se preservar ao máximo os períodos de sono do bebé.



A Importância da luz

A iluminação contínua pode afetar o desenvolvimento normal da retina do prematuro. Durante algumas intervenções ao bebé deve-se ter o cuidado de lhe tapar os olhos quando a luz é excessiva e direta. Deve existir a menor luz artificial possível, usar maioritariamente luz natural e colocar-se uma capa por cima das incubadoras, sempre que oportuno. Deve ainda ao longo do dia, baixar-se a luminosidade de toda a Unidade.

O posicionamento

O posicionamento correto é uma prioridade para o desenvolvimento neuromuscular do recém-nascido prematuro.

Realizar mudanças de posição a cada 3 horas ou segundo avaliação personalizada de cada bebé.

Promover o comportamento de levar as mãos à boca (em decúbito lateral, mãos livres ou ventral).

Utilizar almofadas de posicionamento ventral, favorecendo a curvatura dorsal.

Utilizar almofadas de gel na cabeça para evitar deformações cranianas (em bebês sedados ou com manipulação mínima).

Utilizar ninhos e/ou rolos para promover a flexão das extremidades e comportamentos de autorregulação criando limites para o Recém-nascido prematuro se sentir seguro. Os ninhos permitem os movimentos naturais do bebê procurando simular o útero materno.



Sinais a ter em atenção:

Observar o Recém-nascido prematuro antes, durante e após os procedimentos.

É muito importante estar atento aos comportamentos do recém-nascido que indicam stress, como a coloração da pele, reação facial, olhos cerrados, extensão das extremidades, punhos cerrados, movimentos bruscos, tremores, presença de soluços, espirros e até mesmo estado de exaustão ou hipotonia.



É importante conceder tempo após cada intervenção para que o bebê recupere.

Os profissionais de saúde promovem também atividades de autorregulação durante os procedimentos dolorosos, recorrendo à contenção, à sucção não nutritiva e à utilização de sucrose, minimizando a dor e desconforto.

A Importância do toque

A Parentalidade e os laços entre pais e filhos são estabelecidos através do toque, podendo ficar a conhecer certas características individuais de seu bebê apenas observando a sua linguagem corporal, como se move, reage aos estímulos táteis e ouvindo a forma como se expressa para se queixar com fome ou dor, ou outra queixa que o esteja a incomodar.

É importante que os pais segurem na mão do seu filho, coloquem as suas mãos juntinhas, façam movimentos suaves, ou levem a mão à boca, estes comportamentos fazem com que o bebê se sinta tranquilo e esteja a gostar da atenção que lhe está a ser prestada pelos pais. Os profissionais da UCIN explicam-lhe como podem fazer para tocar e falar com o bebê de forma segura.



Método Canguru

Sempre que seja oportuno os profissionais podem também proporcionar-lhe o contato de pele-a-pele com o seu filho, utilizando o **Método Canguru**. Este método envolve a colocação do Recém-nascido apenas de fralda, em posição vertical, sobre o tórax da mãe ou do pai, sendo então coberto por um pano ou faixa de tecido. Este método protege o seu filho da estimulação nociva da UCIN, aumenta o vínculo mãe-filho, proporciona bem-estar e momentos de sono tranquilo, favorece a atenção dirigida à mãe ou ao pai, favorece a manutenção da temperatura adequada, melhora a função cardio-respiratória e permite melhor ganho de peso em Recém-nascidos prematuros. Tem ainda um efeito positivo no aleitamento exclusivo após a alta e diminui a permanência hospitalar.



Massagem ao bebé

A massagem ao bebé é favorável como calmante e ajuda no desenvolvimento do seu filho, pois beneficia a comunicação entre o corpo e o cérebro através de estímulos provocados por esta. Deverá ter cuidado com a força que aplica na massagem. Deverá também ter em atenção o ambiente, a temperatura, a luminosidade e o ruído.

Existem profissionais na Unidade que têm formação nesta área que o podem ajudar.



Prevenção de Infecção

Todos os recém-nascidos e sobretudo os que nasceram pré termo são mais susceptíveis às infeções.

Neste aspeto, a **prevenção** é o mais importante, havendo alguns cuidados muito simples que diminuem em grande parte o risco de infeção, como a lavagem adequada ou a desinfeção com solução própria das mãos, antes e após contato com o vosso filho e limitar o número de visitas.

Visitas

Deverá gerir a limitação de visitas nesta fase, e entenda as limitações de visitas nestas Unidades especiais. Este é um procedimento normal para evitar a transmissão de infeções ao seu filho.

Pais e visitas só podem entrar nas salas da UCIN se as condições dos bebés e da prestação de cuidados o permitirem.

Podem permanecer junto de cada bebé apenas 2 adultos.

Os pais podem permanecer os dois durante o dia, de noite pode permanecer apenas um, se assim o desejarem.

Os irmãos do bebé podem visitá-lo, as crianças pequenas por curtos períodos (devido à exaustão destas) e sempre acompanhados e vigiadas pelos pais, os adolescentes podem fazê-lo pelo tempo que entenderem.

As **visitas** só são permitidas a pedido e na presença dos pais. Apenas podem entrar 2 visitas por dia durante 10 minutos, cada uma. Entra uma visita de cada vez acompanhada por um dos pais.

Por favor, leia atentamente todas estas orientações, no caso de **dúvidas** não hesite em solicitar mais informações à **Equipa de Saúde**.



ANEXO V - Folheto “ A Importância de Serem Pais”

Ser Pai, Ser Mãe... é dar, é lutar, é sorrir, é chorar, é crescer, é viver, é amar...

Ser Criança... é esperar o melhor, é acreditar que tudo é possível, é olhar e não ver o perigo, é pedir das mais diversas formas, a segurança, a proteção, o amor...

Viver a experiência da Maternidade e Paternidade de forma positiva é percorrer com os vossos filhos, os degraus da Felicidade...

Não nascemos Pais, tornamo-nos

Pais...



Parabéns pelo vosso esforço em prol da Saúde, Desenvolvimento e Felicidade do vosso filho!



Elaborado por: Elsa Silva

Aluna do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Escola Superior de Saúde de Santarém

Fevereiro 2014



A Importância de Serem Pais



**Serviço de Urgência
Pediátrica**

Sempre consigo, a cuidar de si.

Papás

A Vida deu-vos a oportunidade de gerar um novo ser... de vê-lo nascer, crescer e senti-lo como parte de vós.

O nascimento de um filho é sinónimo de felicidade mas também de algumas preocupações...



Criar e Educar um filho é um dos maiores desafios e responsabilidades com o qual os pais se deparam.

Cuidar e Educar exigem uma longa caminhada de Empenho, Dedicção e Amor, estes são contributos fundamentais para o desenvolvimento harmonioso do vosso filho.

Enquanto Pais, o vosso papel consiste na promoção da Saúde, do crescimento e desenvolvimento e do bem-estar do vosso filho.

É **importante** estar atento e saber atuar nos problemas de saúde ligeiros que são habituais nas crianças, como por exemplo: cólicas do recém-nascido, febre, vômitos, diarreia e atuação em situação de dor.

Sempre que estes sintomas persistam procure ajuda junto da **Equipa de Saúde**.

Reconhecendo que esse papel, nem sempre é fácil, a **Equipa de Saúde** está sempre disponível para o ajudar.



Lembre-se que os Pais são os principais e melhores **Prestadores de Cuidados** das crianças.



Os cuidados prestados pelos Pais devem ser sempre baseados no melhor interesse da criança.

Os **Pais** devem assegurar a satisfação das principais necessidades das crianças,

Desenvolver as suas capacidades, sem violência.

Proporcionando-lhe o reconhecimento e orientação necessários.

Estabelecer limites no seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento.

ANEXO VI - Processo de pesquisa nas bases de dados

Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação

			CONCEITOS	PALAVRAS - CHAVE
P	POPULAÇÃO	Pais de crianças até aos 5 anos em situação de doença	Pais Criança doente	Care Nurs* Parents Sick Child Parenting
I	INTERVENÇÃO	Intervenções do Enfermeiro na Promoção da Parentalidade	Cuidar Intervenções Enfermeiro	
(C)	COMPARAÇÃO	Podem existir ou não		
O	OUTCOMES	Promoção da Parentalidade	Parentalidade	

Pergunta P[IC]O: “Quais as intervenções do Enfermeiro **(I)** na promoção da parentalidade **(O)**, junto dos pais com criança dos 0 aos 5 anos, em situação de doença **(P)**?”

Limitadores de pesquisa nas bases de dados

CINAHL Plus <i>with Full Text</i>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Outubro de 2009 a Outubro de 2014; Resumo disponível; Qualquer autor é enfermeira; Prática baseada em evidência; Humano; Faixa etária: Infant 1-23 meses e Child, preschool 2-5 anos; Texto completo em PDF;
MEDLINE <i>with Full Text</i>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Outubro de 2009 a Outubro de 2014; Resumo disponível; Humano; Faixa etária Infant 1-23 meses e Child, preschool 2-5 anos;
<i>Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive</i>	Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Outubro de 2009 a Outubro de 2014; Texto completo em PDF.

Pesquisa nas bases de dados de cada palavra-chave individualmente

PALAVRA-CHAVE	Nº ARTIGOS
1 - CARE	72803
2 - NURS*	49128
3 - PARENTS	8806
4 – SICK CHILD	267
5 – PARENTING	1717

Conjugação de cada palavra-chave com as outras

CONJUGAÇÃO DE CADA PALAVRA-CHAVE COM AS OUTRAS	Nº ARTIGOS
1+2	27632
1+3	3708
1+4	138
1+5	742
2+3	1840
2+4	102
2+5	470
3+4	52
3+5	1216
4+5	6

1-Care

2-Nurs*

3-Parents

4-Sick child

5-Parenting

Conjugação das palavras-chave

CONJUGAÇÃO DAS PALAVRAS-CHAVE	Nº ARTIGOS
1+2+3	1214
1+2+3+4	20
1+2+3+4+5	4

1-Child care

2-Nurs*

3-Parents

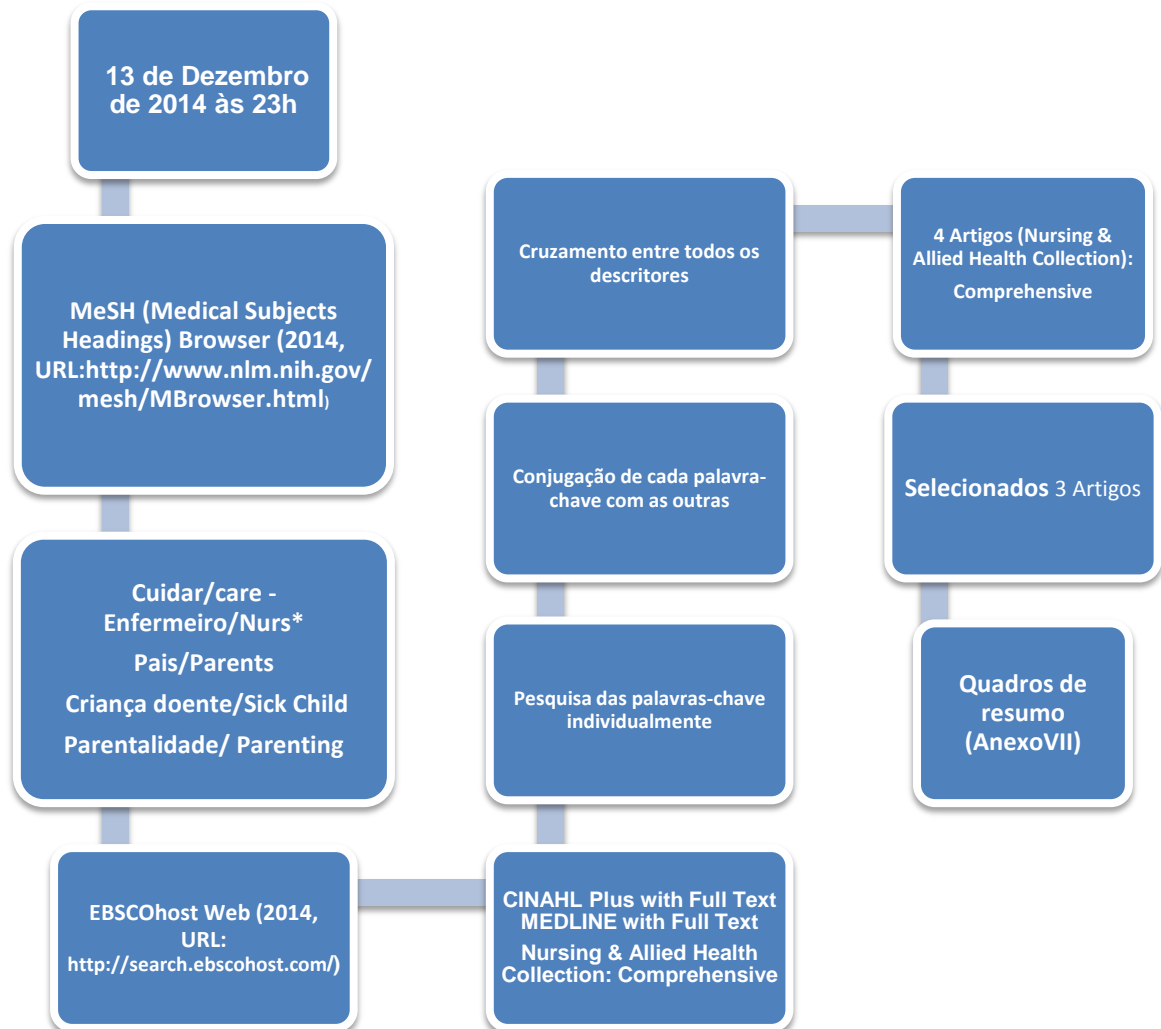
4-Sick Child

5-Parenting

Critérios de inclusão e exclusão para seleção dos artigos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Incluídos artigos publicados entre Outubro 2009 e Outubro de 2014 (inclusive).	Excluídos artigos publicados antes de Outubro 2009 e depois de Outubro 2014.
Incluídos artigos publicados cuja população alvo sejam crianças com idades compreendidas entre 1 mês e 5 anos.	Excluídos artigos publicados cuja população alvo sejam crianças com menos de 1 mês de idade e/ou com mais de 5 anos de idade.
Incluídos artigos publicados que mencionem estudos qualitativos ou quantitativos e revisões sistemáticas da literatura.	Excluídos artigos publicados que mencionem outros tipos de estudos.

Processo de pesquisa nas bases de dados



ANEXO VII - Análise dos artigos

TÍTULO	<p>ARTIGO 1</p> <p>Protecting, providing, and participating: fathers' roles during their child's unplanned hospital stay, an ethnographic study</p> <p>http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22909311&lang=pt-br&site=ehost-live</p>
AUTORES	Sue Higham ; Ruth Davies
PALAVRAS-CHAVE	<p>- Acute care, children's nursing, ethnography, fathers, parents, qualitative research</p> <p>- Cuidados agudos, de enfermagem para crianças, etnografia, pais, pais, qualitativos pesquisa Introdução</p>
MÉTODO	Qualitativo
NIVEL DE EVIDÊNCIA	Level VI – (Guyatt; Rennie, 2002).
OBJECTIVOS	<p>- Ganhar uma maior compreensão das experiências dos pais durante a permanência da criança no hospital na sequência de uma admissão não planeada por doença aguda;</p> <p>- Explorar as experiências dos pais após a sua admissão não planeada da criança no hospital.</p> <p>- Analisar o contributo dos pais, nos cuidados ao seu filho doente no hospital, uma vez que permanece pouco explorado, relativamente ao contributo das mães.</p> <p>- Ganhar uma maior compreensão das experiências dos Enfermeiros no cuidar com os pais.</p>
PARTICIPANTES	<p>-O estudo foi realizado de agosto de 2009 a dezembro de 2010, e participaram no estudo 12 pais e sete enfermeiros especialistas de Saúde Infantil.</p> <p>- O estudo foi realizado em enfermarias com duas crianças, num hospital no Sul da Inglaterra, composto por enfermeiros especialistas em saúde infantil, auxiliares de cuidados de saúde e estudantes de enfermagem de saúde</p>

	<p>Infantil.</p> <ul style="list-style-type: none">- A amostragem foi feita com pesquisa etnográfica; ou seja, os participantes tinham características principais de relevância para a investigação. Pais presentes nas enfermarias durante períodos de observação foram abordados seletivamente por um dos pesquisadores para alcançar variação máxima de fatores como, a idade do pai, idade da criança e tempo de internamento da criança.- Os critérios de inclusão foram: o homem podia ser pai social da criança; as crianças tinham sido admitidas em regime não planeado e não se encontravam em necessidade de cuidados de alta dependência. Os pais que não ficavam durante a noite nas enfermarias foram incluídos no estudo, ao contrário de estudos anteriores onde apenas a mãe tinha sido envolvida.- Os critérios de exclusão foram: pais que não falavam Inglês suficiente para a entrevista e se a criança internada tivesse doença de longa duração.
INTERVENÇÕES	<p>PROCEDIMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none">- O estudo envolveu 150 horas de observação etnográfica e entrevistas em enfermarias de duas crianças, com 12 pais e sete enfermeiros Especialistas de saúde Infantil.- A colheita de dados foi feita por meio de entrevistas semi-estruturadas aos pais, depois de a criança receber alta clínica, num local de escolha do pai, predominantemente em sua casa.- O Guião de entrevistas aos pais contemplava: história do Internamento, atividades próprias do Pai, enquanto a criança se encontrava no hospital, consciência dos pais sobre as necessidades das Enfermeiras no cuidado ao filho, sobre parceria e negociação de cuidados, e se havia mais alguma coisa que os pais gostariam de dizer.- O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa.- O consentimento informado foi obtido de todos os participantes.- Assegurada confidencialidade e anonimato.- Avisos foram exibidos para os pais e para as crianças, informando-os que o estudo estava a ser realizado e que eles poderiam recusar-se a participar.- A análise dos dados de todas as entrevistas foram gravadas e transcritas como tinham sido realizadas.- A análise dos dados foi feita através de Software.

<p>DISCUSSÃO E RESULTADOS</p>	<p>O Artigo aborda conteúdos relevantes, que podem ser resumidos em algumas ideias-chave:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tem havido uma tendência global nas últimas décadas para os pais se envolverem mais, em todos os aspetos da vida dos seus filhos, incluindo os cuidados de saúde.- Pais, não menos do que as mães, querem cuidar do seu filho doente no hospital e permanecer com ele, ainda que possam enfrentar desafios em fazê-lo.- Pais querem estar com o seu filho doente no hospital e fazem também contributos essenciais para a experiência de toda a família. <p>Alguns aspetos sobre a importância dos cuidados centrados na família são abordados:</p> <ul style="list-style-type: none">- Os Cuidados Centrados na Família são promovidos em enfermagem Pediátrica, proporcionando cuidados de elevada qualidade.- O Cuidado centrado na família é amplamente considerado como a pedra angular da prática de enfermagem Pediátrica.- Algumas definições dos cuidados Centrados na Família foram citadas no artigo.- A prática de cuidados de enfermeiros Especialistas de Saúde Infantil e outros profissionais de saúde, devem ter em conta que os pais desempenham um papel importante no cuidado do seu filho doente no hospital.- A necessidade dos pais de "estar lá" para a criança doente tem um significado emocional, além da presença física evidente em pesquisas onde as mães eram uma maioria significativa da amostra.- Todos os pais foram observados tendo uma série de comportamentos de proteção.- O contato físico entre mãe e filho é uma maneira que "estando lá" é expresso. Os pais, particularmente aqueles de crianças menores, foram observados em contato físico com seus filhos, segurando as suas mãos, abraçando-se a eles, e levando-os ao colo.- Os pais também frequentemente falaram do toque, demonstrando a sua importância para eles.- O carinho que os pais compartilham a cuidar da criança era evidente entre pais, mães e enfermeiros.
--------------------------------------	---

- Alguns pais sublinharam a importância de "ser forte" para os outros membros da família, fazendo um esforço consciente para fazê-lo.
- Pais participaram no cuidar aos seus filhos e na tomada de decisões.
- Alguns pais e mães expressaram a opinião de que as mães são os principais prestadores de cuidados, sugerindo que o vínculo mãe-filho ou "instinto maternal" significa que as mães devem ter prioridade.
- Era evidente que o sustento da família permaneceu um importante aspeto da paternidade. No entanto, todos os pais entrevistados identificaram a família em primeiro lugar.

CONCLUSÕES:

- Três aspetos do papel dos pais no cuidado do seu filho doente no hospital foram identificados: proteção para o filho doente, proteção para toda a família e participação nos cuidados.
- Este estudo mostrou que os pais são participantes ativos no cuidar dos seus filhos no hospital em situação de doença aguda, assim como em relação às crianças com doenças crónicas.
- Os Pais neste estudo não se veem como parceiros nem os recetores de cuidados. No entanto referem que os enfermeiros trabalham em parceria com as mães e também sentem que as mães têm necessidade de cuidados dos enfermeiros. O estudo dá alguma evidência empírica de que a reciprocidade é um elemento importante no cuidado centrado na família.
- Os Pais estão a ser incentivados a envolverem-se mais com todos os aspetos da vida dos seus filhos, a responsabilidade pela geração e a assistência à infância das famílias está a mudar.
- A investigação sobre as experiências dos pais no cuidado centrado na família centra-se sobre as mães, enquanto a contribuição dos pais nos cuidados permanece pouco explorado.
- Há uma falta de evidência para apoiar os enfermeiros com os pais, na sua prática de cuidados centrados na família em regime de internamento em situações de doença aguda.

	<p>Implicações para a prática:</p> <ul style="list-style-type: none">- Os profissionais de saúde e os responsáveis políticos precisam de ter em conta as mães e os pais no planeamento do internamento da criança com doença aguda.- É necessário preparar enfermeiros especialistas de saúde Infantil para os cuidados centrados nas famílias do século XXI, através da discussão crítica de alteração dos papéis parentais.- Existe uma necessidade de explorar os pais em papéis parentais não tradicionais, tais como, pais do mesmo sexo e os de famílias com estruturas mais diversificadas.- O estudo forneceu mais evidências de que a prática de cuidados centrado na família é complexo.- O estudo revelou a importante contribuição dos pais não só para cuidar do filho doente no hospital, mas para a família como um todo.- Fornece também mais evidências de que os pais experimentam cuidados de saúde aos seus filhos de forma diferente das mães e mostra a necessidade de incluir perspetivas paternas na investigação sobre as experiências dos pais durante a hospitalização da criança.- Quando se usa o termo “pais”, é importante especificar se estão a falar de pais, mães ou ambos.
<p>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</p>	<ul style="list-style-type: none">- Esta pequena amostra dos pais pode ter tido diferentes atitudes em relação aos papéis dos pais das crianças que se recusaram a participar no estudo.- Todos os pais entrevistados residiam com a criança e com a mãe e havia poucos pais mais jovens.- O comportamento dos pais durante a observação pode ter sido influenciada pelo conhecimento que eles tinham de estarem a ser observados, os autores usaram o termo "parentalidade em público". O efeito de observação no ambiente de ala infantil pode ser menor do que nas situações mais privadas.- Todas as entrevistas foram realizadas por uma mulher, os pais podiam ter reagido de maneira diferente se fossem realizadas por um homem.

TÍTULO	ARTIGO 2 Gaining confidence and perspective: a phenomenological study of mothers' lived experiences caring for infants at home after neonatal unit discharge http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22111982&lang=pt-br&site=ehost-live
AUTORES	Marlies R. Murdoch; Linda S. Franck
MÉTODO	Estudo Fenomelógico Descritivo
NIVEL DE EVIDÊNCIA	Level VI – (Guyatt; Rennie, 2002)
OBJECTIVOS	<p>O objetivo do presente estudo foi descrever as experiências das mães assumindo total responsabilidade pelo cuidado ao RN prematuro ou ao RN de termo, após a alta de uma unidade neonatal, incluindo a forma como as mães conseguem aliviar a dor e desconforto.</p> <p>Desenvolver uma melhor compreensão das experiências das mães com os seus RN em casa.</p> <p>Ajudar os profissionais de saúde a melhorarem os cuidados e apoiarem as mães neste período de transição crucial.</p>
PARTICIPANTES	Nove mães foram entrevistadas sobre as suas experiências de cuidado aos seus filhos nos meses seguintes após a alta de uma unidade neonatal.
PALAVRAS-CHAVE	<p>Early parenting, hospital discharge, midwives, neonatal unit, neonate, nurses, nursing</p> <p>Parentalidade precoce, alta hospitalar, parteiras, unidade neonatal, recém-nascidos, enfermeiras,</p>
INTERVENÇÕES	<p>-As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas através de uma abordagem fenomenológica descritiva.</p> <p>-Seis temas foram abordados segundo as experiências das mães: apreensão, confiança, responsabilidade, consciência, normalidade e perspetiva.</p> <p>- A colheita de dados foi feita por entrevistas gravadas em fita e foram realizadas em casa dos participantes ou por telefone. Um guia de entrevista foi especificamente formulado para esta investigação, tendo em conta as questões de estudos anteriores que descrevem experiências de pais após a alta de uma unidade neonatal.</p>

	<ul style="list-style-type: none">- A aprovação ética para o estudo foi obtida a partir de um Comitê do Reino Unido - Nacional Serviço de Ética em Pesquisa.- Foi obtido consentimento informado de todos os participantes.
RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>Principais conteúdos do artigo resumidos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Poucos estudos se têm centrado sobre a transição que os pais experienciam após a alta dos RN para casa e pouco se sabe sobre as experiências dos pais no cuidar da sua criança quando tem dor / desconforto.- Consciência das necessidades das mães para cuidarem dos seus filhos foram descritas como um processo de aprendizagem utilizando recursos externos (ex: livros, internet), de tentativa e erro, e um senso intuitivo interno; particularmente em identificar e lidar com a dor/ desconforto.- Com os avanços nos cuidados neonatais e a gestão dos cuidados durante a gestação de alto risco, os RN prematuros e os RN mais doentes estão a sobreviver. O impacto emocional da experiência dos pais na unidade neonatal mantém-se com a transição do hospital para casa.- Estudos anteriores indicam que a experiência neonatal dos cuidados intensivos pode ser física e psicologicamente traumática para os pais.- Menos atenção tem sido dada às experiências vividas dos pais com a transição da unidade neonatal para casa.- Mães referem sentimentos de apreensão e de falta de apoio.- Mães expressaram preocupações sobre como realizar os procedimentos em casa.- As mães descreveram as preocupações que enfrentam em ter um filho que foi prematuro ou de saúde frágil em casa.- As mães expressaram apreensão sobre a saúde dos seus filhos, com a perda de apoio da equipa da unidade neonatal e a perda da realização de procedimentos médicos.- As mães geralmente expressam receio de que os seus filhos podiam morrer sob os seus cuidados em casa, e também têm receio sobre possíveis sequelas negativas da prematuridade ou doenças.- A confiança das mães nas suas habilidades parentais desenvolvidas por profissionais em saúde infantil melhora, com a crescente competência no cuidado.- A Saúde infantil trouxe às mães confiança na transição para o regresso a casa.

	<ul style="list-style-type: none">- Quando as mães sentiam que eram cuidadoras especializadas, tornavam-se mais confiantes.- Os profissionais de saúde fornecendo garantias quanto à saúde da criança, as mães também se sentiam mais confiantes nas suas capacidades.- O apoio da família durante a transição do hospital para casa também fortalece as mães a construir a confiança nas suas habilidades.-As mães geralmente sentiam que era da sua responsabilidade estarem sempre presentes com os seus filhos, e que esta presença era crucial para o seu bem-estar.- Algumas mães sentiam-se " sobre protetoras " e recusavam-se a deixar os seus filhos sob os cuidados de outros.- As mães procuravam normalidade em primeiro lugar para a criança e consequentemente, para si.-As mães descreveram desafios enfrentados com outras responsabilidades, incluindo cuidarem de outras crianças e representarem um agregado familiar ao mesmo tempo que tentam cuidar do seu latente.-As mães descreveram crescente consciência das necessidades de cuidados aos filhos, e de conhecimentos de qual seria a melhor forma de responder a essas necessidades.- Algumas mães sugeriam a importância de panfletos sobre cuidados básicos das crianças em casa ou um grupo de apoio após a alta.- Mães neste estudo compartilharam uma preocupação comum para aprenderem: confortar os seus latentes. As mães têm preocupação com a dor na criança e são capazes de descrever sinais de dor.- Apesar das dificuldades, a maioria das mães sentiam-se aliviadas por terem os seus filhos em casa. Elas muitas vezes se distanciaram da unidade neonatal, o que lhes deu uma perspectiva positiva sobre a transição para casa. <p>Principais conclusões:</p> <ul style="list-style-type: none">- O impacto emocional da experiência de unidade neonatal continua com a transição do hospital para casa.- A paternidade é especialmente complexa para os pais de RN de pré-termo e RN de termo com problemas de saúde. <p>O que este estudo acrescenta:</p> <ul style="list-style-type: none">- A Experiência da parentalidade após a alta das mães da unidade neonatal pode ser conceituada ao longo de um "<i>continuum de apreensão-confiança</i>".- Questões relacionadas com a saúde infantil, apoio familiar e de profissionais de saúde e a competência em procedimentos médicos contribuem para o grau de apreensão ou de confiança das mães ao longo de
--	---

	<p>um <i>continuum</i>.</p> <ul style="list-style-type: none">- Apreensão foi um tema comum neste estudo e noutros.- Congruente com a literatura anterior, uma importante fonte de apreensão das mães foi a falta de confiança na sua capacidade para cuidar de seus filhos de forma independente.- Mães empiricamente aprendem a confortar os seus filhos. <p>Implicações para a prática:</p> <ul style="list-style-type: none">- O “ <i>continuum</i> apreensão-confiança” fornece um quadro para a avaliação de Enfermagem dos pontos fortes que as mães necessitam na transição de uma unidade neonatal para o domicílio.- Os Enfermeiros podem ser capazes de adaptar e fornecer informações, assim como suporte instrumental mais adequados para as mães assumirem a responsabilidade total da prestação de cuidados aos seus filhos e avaliarem o seu grau de apreensão e de confiança.- Estudos futuros devem explorar diferentes estratégias para assistência a mães de como efetivamente proporcionar conforto infantil.- Uma melhor compreensão das experiências das mães com os seus filhos em casa vai ajudar os profissionais de saúde a melhorarem os cuidados e apoiá-las neste período de transição crucial.
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">- A variabilidade no intervalo entre a alta e as entrevistas.- Inclusão no estudo só de mães.- As perspetivas dos pais podem elucidar sobre necessidades específicas diferentes no período de pós-alta precoce.

TÍTULO	ARTIGO 3 The Online Parent Information and Support project, meeting parents' information and support needs for home-based management of childhood chronic kidney disease: research protocol http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22224560&lang=pt-br&site=ehost-live
AUTORES	Veronica Swallow, Kathleen Knafel, Sheila Sanatacroce, Andrew Hall, Trish Smith, Malcolm Campbell e Nicholas J.A. Webb.
MÉTODO	Estudo randomizado. O estudo utiliza uma combinação de métodos quantitativos e qualitativos.
NIVEL DE EVIDÊNCIA	Level V- (Guyatt; Rennie, 2002).
OBJECTIVOS	Este artigo é um relatório de um protocolo para o estudo de desenvolvimento e avaliação de informação de suporte online aos pais para cuidados domiciliários de crianças com doença renal crônica. - Criar suporte on-line ajudando os pais a serem cuidadores. - Melhorar a autoeficácia parental.
PARTICIPANTES	Oitenta pais de crianças com doença renal crônica. Os critérios de inclusão exigem que as famílias participantes tenham computadores e acesso à internet.
PALAVRAS-CHAVE	Chronic kidney disease, home-based support, nurses and health professionals, Online, research protocol, sick children Doença renal crônica, suporte baseado em casa, enfermeiros e profissionais de saúde, Online, protocolo de pesquisa, crianças doentes.

INTERVENÇÕES	<ul style="list-style-type: none">- A colheita de dados foi feita aos pais através de entrevistas semi-estruturadas em 24 semanas.- Após a avaliação de 24 semanas, os grupos de pais participaram nas entrevistas semi-estruturadas individualmente ou por casais.- Foi assegurada a confidencialidade e o anonimato.- A aprovação, para efetuar o estudo foi obtida a partir do Departamento de Serviço de Ética em Pesquisa Nacional de Saúde.- Depois de receberem as explicações por escrito, os participantes deram o consentimento informado assinado, tendo a certeza de que o estudo não era para “testar” ou 'julgar' as suas habilidades na prestação de cuidados.- Aos participantes era oferecido apoio psicológico, através de um psicólogo clínico se necessário.- A análise dos dados foi feita através de Software.- Os dados foram inseridos no programa SPSS para a produção de estatísticas descritivas.
RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>Principais conteúdos do artigo resumidos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Este artigo apresenta um protocolo para um estudo para desenvolver e avaliar com as famílias, enfermeiros, outros membros da equipa multidisciplinar e voluntários um conjunto de informação de suporte online para os pais utilizarem de forma a gerirem em casa os cuidados aos seus filhos com doença Renal Crónica.- Crianças com doença renal crônica requerem, cuidados domiciliários prestados pelos pais, apoiados por profissionais.- Recursos estruturados para as necessidades dos pais são destacados pelos responsáveis políticos como a chave para otimizar o atendimento.- Os pais de crianças e jovens com doenças crônicas, em particular, com doença renal em estadio de 3 a 5, identificaram uma necessidade de recursos online confiáveis, continuamente disponíveis para complementar (não substituir) o apoio profissional existente, e ajudar na prestação de cuidados em casa com base no estado de saúde do seu filho.- Os tratamentos podem ser complexos e invasivos e são geridos por equipas multidisciplinares.- Os pais podem realizar a grande maioria da prestação de cuidados, incluindo as tarefas que são mais complexas e exigentes sob orientação dos profissionais.

	<ul style="list-style-type: none">- Em pesquisas anteriores, os pais participaram nos cuidados e tiveram aprendizagem e avaliação, os Enfermeiros foram um elemento-chave na prestação de cuidados neste contexto.- O envolvimento dos pais na prestação de cuidados é cada vez mais reconhecido.- Em colaboração com os pais, os pacientes, enfermeiros, outros membros da equipa multidisciplinar e os grupos de voluntários, visam desenvolver e avaliar o programa de informação para atender às necessidades dos pais para a quantidade e tipo de informações de que necessitam, reconhecendo a considerável diferença entre crianças e jovens.- Existem diferenças consideráveis entre as necessidades de cuidados de crianças e jovens. Portanto, procurando pontos de vista de pais de pacientes de todas as idades e de diferentes etnias, e procurando pontos de vista dos pacientes, o estudo deve ajudar e entender melhor qual o material online que pode apoiar os pais.- Este estudo é parte de uma abordagem gradual para o desenvolvimento e avaliação de uma intervenção que atende às necessidades de aprendizagem.- Este projeto irá fornecer evidências e recursos adaptados às necessidades dos pais para fortalecer os cuidados domiciliários e otimizar a adesão a regimes. <p>Principais Conclusões:</p> <ul style="list-style-type: none">- Globalmente, há um crescente interesse profissional e político em fornecer recursos online, baseadas em evidências para apoiar e capacitar os pais de crianças com doenças a longo prazo.- É necessária mais investigação para desenvolver e avaliar a informação e apoio aos pais com recursos online em colaboração com as famílias, profissionais e sector voluntário envolvido com doença renal crónica.- As informações aos pais online, baseadas em evidências serão desenvolvidas na unidade em colaboração com as famílias, profissionais e voluntários.- Se for eficaz em capacitar os pais, e comprovada a sua auto-eficácia, o projeto pode ser feito e disponível a outras unidades e ser um modelo para outras doenças.- O projeto deve ter um impacto significativo sobre a satisfação das mães, crianças / experiências dos jovens e desfechos clínicos.
<p>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</p>	<p>As principais limitações são: em primeiro lugar, a pesquisa foi realizada em apenas um centro, que irá limitar a generalização dos resultados; em segundo lugar, que está fora do âmbito do presente estudo, desenvolver e avaliar recursos especificamente às crianças.</p>

ANEXO VIII - Escala dos níveis de evidência

Escala dos Níveis de Evidência

<u>Guyatt e Rennie (2002)</u>
Level I: Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews);
Level II: Single experimental study (RCTs);
Level III: Quasi-experimental studies;
Level IV: Non-experimental studies;
Level V: Care report/program evaluation/narrative literature reviews;
Level VI: Opinions of respected authorities/Consensus panels.

Guyatt, G. and Rennie, D. (2002). *User's guides to the Medical Literature: A manual for Evidence-Based Clinical practice*. Chicago: American Medical Association. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC128970/#>