

“A Educação e o Ensino
são as mais poderosas armas
que podes usar para mudar o Mundo ”

Nelson Mandela

AGRADECIMENTO

Ao chegar aqui, o término do relatório final, há a incerteza e o sentimento de achar que muito ficou por contar. Foram três anos de muito trabalho e dedicação ao curso em que foram deixados para segundo plano, momentos e pessoas especiais e essenciais à nossa vida contudo, espero que tenha valido a pena. Quero deixar aqui o meu agradecimento a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, assim:

- Aos meus colegas de curso, pelos bons momentos que passámos, pois são esses que ficam na nossa memória e aqui lhes desejo felicidades.
- À Professora Doutora Graça Aparício, minha orientadora, pela sua inteira e total disponibilidade, amizade e incentivo para a concretização desta etapa.
- Às minhas companheiras de viagem pelo tempo que passámos juntas, fomos o apoio umas das outras, quer nos bons quer nos menos bons momentos.
- Às minhas amigas, sempre presentes, pelo apoio e amizade que me dedicam.
- À minha colega e amiga, Fernanda, que me ajudou imenso na realização deste trabalho, um obrigada especial, sem ti não tinha conseguido.
- Aos meus pais que sempre tiveram uma palavra de incentivo e ânimo para não desistir e com quem posso sempre contar.
- Ao meu marido Jorge, e aos meus filhos, Sofia e Tomás, por toda a paciência que tiveram comigo, mesmo quando chegava cansada e mal-humorada a casa, pelos dias e tardes que não passámos juntos. Amo-vos do fundo do meu coração.

Não teria conseguido se não fossem todos vós, o meu muito obrigado.

RESUMO

Introdução: A excelência dos cuidados ao recém-nascido (RN) depende em grande parte da capacitação dos pais para autonomia dos cuidados ao filho, exigindo aprendizagem veiculada pelo enfermeiro. O registo dos ensinamentos permite avaliar o processo de (in) formação e a definição do tipo de ensinamentos abordados, o que contribui para a eficiência e qualidade dos cuidados de enfermagem.

Objetivos: Descrever os ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN preconizados na unidade, que são efetivamente abordados; Identificar os locais de anotação no aplicativo SAPE mais utilizados para registar os ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN.

Métodos: Efetuou-se um estudo exploratório-descritivo, de natureza quantitativa, com recurso à análise de processos clínicos, em suporte informático, de 83 RN internados numa Unidade de Neonatologia de um Hospital de Apoio Perinatal, com internamento superior a 24 horas. Os dados foram assentados numa grelha de registo clínico estruturada, construída para o efeito.

Resultados: Pela análise dos dados de caracterização da amostra verificou-se que 66,3% dos RN eram o primeiro filho, 57,8% eram prematuros e 53% tinham nascido de cesariana. Dos progenitores, 42,2% das mães e 41% dos pais do RN tinham entre 30-35 anos.

O tipo de ensinamentos mais abordado foi o Banho (100,0%) e Cuidados à pele (96,4%) e o menos veiculado foi a Limpeza das vias aéreas (22,9%) e a Parentalidade (42,2%); O local de anotação dos registos mais utilizado foi a Check-list com uma média de 7,51 ensinamentos por processo.

Conclusão: Do estudo emergiu não existirem critérios na efetivação dos registos de enfermagem e que, dos ensinamentos preconizados, nem todos são alvo de abordagem pela equipa, tornando evidente a necessidade da definição de boas práticas na preparação dos pais para a alta do RN.

Palavras-chave: Recém-nascido, Alta recém-nascido, Qualidade dos cuidados, Ensinamentos de enfermagem, Registos de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The excellence of care to the newborn depends largely of parent capacity for autonomy of the child care, demanding learning conveyed by the nurse. The record of teachings allows evaluating the process of (in) formation and the definition of the type of teachings addressed, which contributes to the efficiency and quality of nursing care.

Objectives: Describe the teachings of preparing parents for newborn high, advocated in unit, which are effectively addressed; To identify the location of annotation more used in SAPE to record the teachings of preparing parents for newborn high.

Methods: It was conducted an exploratory-descriptive study, of quantitative nature, with recourse to analysis of clinical processes, in electronic form, of 83 newborn hospitalized in the Neonatology Unit of a Hospital with Perinatal Support, with more than 24 hours of hospitalization. Data were recorded on a clinical grid structured for the effect.

Results: Through the analysis of the sample characterization data, it was found that 66.3% of newborn were the first child, 57.8% were preterm and 53% were born by caesarean. From progenitors, 42.2% of mothers and 41% of parents of newborn were between 30-35 years. The type of teaching more addressed was Bath (100.0%) and Skin care (96.4%) and the least conveyed was Cleanup airways (22.9%) and Parenting (42.2%); The local of annotation of the records was used to Check-list with an average of 7.51 per teaching process.

Conclusion: From the study emerged there are no criteria in the effectiveness of nursing records and that, from the teachings advocated, not all are target of approach by the team, making clear the need of developing good practices in preparing parents for discharge of the newborn.

Keywords: Newborn, Newborn discharge, Quality of care, Nursing teachings, Nursing records.

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO.....	21
I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1. RESENHA HISTÓRICA DOS CUIDADOS NEONATAIS.....	27
2. O CUIDAR EM ENFERMAGEM NEONATAL: CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA ..	31
2.1. ACOLHIMENTO	32
2.2. INTERNAMENTO.....	33
2.2.1. Planificação dos cuidados e ensinios aos pais	33
2.2.2. Implementação dos cuidados e ensinios aos pais	34
2.2.3. Avaliação dos cuidados/ensinios aos pais	58
2.3. REGISTOS DE ENFERMAGEM	62
2.4. PREPARAR COM A FAMÍLIA O MOMENTO DA ALTA DO RN	75
3. GUIAS ORIENTADORES DA BOA PRÁTICA DE CUIDADOS	79
3.1. ESTRUTURA DO GUIA ORIENTADOR.....	80
3.2. FINALIDADE DO GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS	82
PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	85
1. METODOLOGIA	87
1.1. MÉTODOS	87
1.2. TIPO DE ESTUDO	89
1.3. PARTICIPANTES.....	90
1.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	90
1.5. VARIÁVEIS	91
1.5.1. Operacionalização das variáveis.....	91
1.6. PROCEDIMENTOS.....	94
1.7. ANÁLISE DOS DADOS.....	94
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	97
2.1. Análise Descritiva.....	97

3. DISCUSSÃO.....	109
4. CONCLUSÕES.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119
ANEXOS.....	123

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Congelação e armazenamento do leite materno	43
Quadro 2 - Parâmetros de avaliação.....	59
Quadro 3 - Parâmetros de registo.....	67
Quadro 4 - Estrutura de apresentação dos conteúdos dos Guias Orientadores de Boas Práticas.....	80

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Operacionalização das variáveis	91
Tabela 2 - Estatísticas referentes à caracterização da amostra	98
Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com idade dos pais	98
Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com o número de filhos.....	99
Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com a idade gestacional do RN	99
Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de parto	99
Tabela 7 - Relação entre a Idade gestacional e a Idade materna.....	100
Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com os ensinos de preparação dos pais para a alta do RN preconizados na Unidade, que foram efetivamente abordados.....	101
Tabela 9 - Estatísticas referentes ao número de ensinos registados em cada local de anotação.....	102
Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo com o número de ensinos registados em cada local de anotação	103
Tabela 11 - Distribuição do registo dos ensinos pelos vários locais de anotação	104
Tabela 12 - Estatísticas referentes ao número de locais de anotação onde se observou o registo dos ensinos preconizados	105
Tabela 13 - Distribuição da amostra de acordo com o número de locais de anotação onde se observou registo dos ensinos preconizados	107

ABREVIATURAS

% - percentagem, por cento

< - menor

> - maior

cm - centímetros

CV - coeficiente de variação

Dp - desvio padrão, médias de dispersão

DP - diagnóstico precoce

EP - erro padrão

et al. - e outros colaboradores

h - horas

Interv - intervenções

k - Kurtosis

kg - quilogramas

LA - Leite adaptado

LM - leite materno

max. - máximo

min - mínimo

N - amostra

n - frequência / número

N. - notas

N.^o - número

°C - graus centígrados

p - nível de significância

p. - página

pp. - intervalo de páginas

RN - Recém-nascido

s.d. - sem data

SK - skewness

SMSL - Síndrome de Morte Súbita do Lactente

SN – Secção de Neonatologia

VA - vias aéreas

VT - voltado para trás

x - média de tendência central

χ^2 - teste qui quadrado

SIGLAS

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2

CMESIP - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde infantil e Pediatria

DGS - Direção Geral de Saúde

HAPD - Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNDP - Programa Nacional de Diagnóstico Precoce

PNS - Plano Nacional de Saúde Infantil

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SRC - Sistema de Retenção para Crianças

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SN - Secção de Neonatologia

UCF - Unidade Coordenadora Funcional

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

URN - Unidade de Rastreio Neonatal

1. INTRODUÇÃO

Na procura contínua da melhoria dos cuidados prestados ao recém-nascido (RN) é fundamental a capacitação dos pais para a prestação de cuidados ao filho de forma autónoma, promovendo a parentalidade positiva. Tal requer estratégias eficazes para a promoção da saúde, o que implica a execução por parte do enfermeiro de um adequado plano de educação para a saúde.

O momento da alta hospitalar simboliza uma nova fase, rica em inseguranças e dúvidas por mais capacitados que os pais estejam, uma vez que a partir desse momento, eles estarão sozinhos na responsabilidade de cuidar do filho e no desempenho do seu papel parental. Assim, é de suma importância conferir autonomia aos pais nos cuidados ao RN durante o internamento, tendo por objetivo a redução da ansiedade e a melhoria da autoconfiança, de forma a promover o seu *empowerment* preparando-os para a alta através dos ensinamentos, num processo contínuo de educação para a saúde.

Tanto a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), como Rodrigues (2010), bem como a Secção de Neonatologia (SN) referem ser necessário a construção de um plano de alta, que se inicia no momento do acolhimento, mantendo-se ao longo de todo o internamento, devendo envolver tanto os profissionais de saúde como os familiares responsáveis pelo RN, para que no domicílio estes possam atender adequadamente às necessidades do bebé.

Compreendendo a educação para saúde como uma ferramenta fundamental para a formação de competências dos pais nos cuidados ao RN, a importância dos registos como mentores de continuidade de cuidados e valorizando a prática baseada na evidência, este estudo propõe-se analisar a efetividade da equipa de enfermagem no registo dos ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN, durante o período de internamento na unidade neonatal. Desenvolvido num contexto de dissertação de mestrado do segundo Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde infantil e Pediatria (CMESIP) da Escola Superior de Saúde de Viseu foi conduzido o estudo na unidade neonatal do serviço de pediatria, de um hospital de apoio perinatal do centro do país. O hospital em questão, e mais especificamente o serviço de pediatria, integrado no departamento de saúde da mulher e da criança, tem como missão:

- Prestar cuidados hospitalares eficientes, seguros e apropriados ao RN, à criança, adolescente e família, por profissionais qualificados com conhecimentos e desempenho em pediatria/saúde infantil;
- Assegurar a formação médica na área da pediatria tanto na vertente pré-graduada como pós-graduada, bem como na área de enfermagem;
- Colaborar em projetos de investigação.

Quer a missão do serviço de pediatria onde se desenvolveu o estudo, quer as responsabilidades inerentes a um hospital de apoio perinatal, fazem alusão a competências profissionais que englobam a realização de ensinamentos, uma vez que a assistência ao RN / família e a continuidade de cuidados até à alta, exigem programas de educação contínuos para capacitar os pais para a parentalidade.

Da prática diária, verifica-se que apesar de existirem procedimentos operativos que definem quais os ensinamentos a realizar aos pais, são detetados alguns problemas e lacunas no que respeita ao seu registo. A constatação deste facto fez surgir algumas questões:

- Quais dos ensinamentos preconizados na unidade, são efetivamente abordados na preparação dos pais para a alta do RN?
- Qual o local de anotação, dentro da aplicação informática Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), é o mais utilizado pelos enfermeiros para registo dos ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN?
- Para dar resposta a estas questões, definiram-se como objetivos:
- Descrever os ensinamentos preconizados na unidade e que são efetivamente abordados na preparação dos pais para a alta do RN.
- Identificar os locais de anotação no aplicativo SAPE mais utilizados para registar os ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN.

Sendo um tema considerado de extrema relevância na prática diária dos enfermeiros, reconhece-se que muitas vezes não é nem adequada nem sistematicamente desenvolvida.

Neste contexto, a finalidade do estudo é redigir posteriormente e implementar um guia de boas práticas, visando a uniformização dos ensinamentos e respetivos registos, com base nas recomendações emanadas pela revisão da literatura. A elaboração de um guia de boas práticas exige a realização de um diagnóstico da situação em causa, de forma a adequar os seus conteúdos e orientações, pelo que esta dissertação de mestrado encontra-se organizada em duas grandes partes:

- O enquadramento teórico, sobre os temas que fundamentam os ensinamentos a abordar no guia de boas práticas e sobre as diretivas preconizadas para a elaboração desse mesmo guia;
- A investigação empírica, onde se descrevem os passos de toda a investigação.

Para a primeira parte procedeu-se a uma revisão da literatura, com foco nas publicações Lilacs, Pubmed e Cochrane dos últimos 10 anos, dando ênfase às temáticas de preparação para a alta dos RN elaborados por peritos, contendo palavras-chave como parentalidade positiva, amamentação, desenvolvimento infantil, preparação para a alta do RN, cuidados ao RN e qualidade nos cuidados, fazendo-se uma adaptação de linguagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, Versão 2, 2011).

A revisão da literatura constitui por um lado o enquadramento teórico da investigação empírica e por outro, permite a definição das recomendações de boas práticas. A investigação empírica permite fazer o diagnóstico da situação atual e com este definir e perspetivar as melhorias a introduzir no futuro. O conjunto destas informações permitirá a redação posterior do guia de boas práticas de ensinamentos e registo de ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN.

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. RESENHA HISTÓRICA DOS CUIDADOS NEONATAIS

No final do século XIX, as crianças eram ignoradas pela classe médica. Não existiam instituições que se dedicassem aos cuidados infantis, exceto alguns estabelecimentos, como orfanatos, onde a taxa de mortalidade era elevada. Contudo, devido à baixa taxa de natalidade que se verificou na Europa, surgiu um movimento, denominado Movimento para a Saúde da Criança, entre 1870 e 1920. Este movimento procurava preservar a vida das crianças, incluindo dos recém-nascidos prematuros, o que fez deste, um marco na história da medicina neonatal (Videira Amaral, 2008).

Só a partir do século XX é que o mundo passou a reconhecer a importância do ser humano em crescimento e desenvolvimento e começou a dar ênfase à criança e ao seu atendimento. No final do século XIX, princípio do século XX, dá-se início ao fabrico de incubadoras e ao ampliação de maternidades para o atendimento diferenciado das várias patologias do RN, desenvolvendo-se o cuidado preventivo e o tratamento neonatal (Videira Amaral, 2008).

Oliveira e Rodrigues (2005) referem que na primeira metade do século XX, ocorreram muitas modificações na assistência à criança, passando pelo atendimento ao RN e, em especial, ao prematuro. Em 1922 é criada a primeira unidade para prematuros em Chicago. Já nas décadas de 30 e 40 houve avanços tecnológicos, com ênfase para o desenvolvimento de ventiladores para a assistência ao RN com problemas respiratórios. As mesmas autoras referem-se a Pierre Budin, como sendo o criador/fundador da neonatologia, por ter sido um dos obstetras pioneiros a dar importância ao RN, ter criado o primeiro ambulatório de cuidados neonatais em Paris e ter sido o responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal.

Com os avanços da tecnologia e concomitantemente com as descobertas relativas à fisiologia do RN houve grandes transformações no cuidado ao RN.

No século XX criam-se centros específicos para o cuidado do prematuro, mas só na década de 60 surge a ideia de agrupar estes bebés com complicações em unidades diferenciadas.

As instituições que outrora prestavam assistência a crianças abandonadas foram transformadas em hospitais infantis, e os pediatras assumiram o seu papel no tratamento

neonatal. Durante a primeira década do século XX, os pediatras deram um importante contributo no desenvolvimento desta área, desenvolvendo estudos relacionados com a alimentação (natural/artificial) e com a prematuridade. Contudo, foi a enfermagem que teve um papel preponderante no início da história da neonatologia. Oliveira e Rodrigues (2005), abordaram um artigo escrito por Julius Hess (1934), onde este refere que havia melhores resultados no cuidado ao RN prematuro quando estes eram proporcionados por enfermeiras experientes e bem treinadas, que estavam à frente do serviço, neste caso a enfermeira supervisora. Ao longo dos tempos cresceu o incentivo pela especialização de enfermagem nesta área e em Chicago, no Centro de Prematuros, foi criado um fundo de investimento para a especialização e treino de enfermeiras para cuidados ao prematuro.

Em 1949 foi encontrado um artigo que refere a orientação aos pais para a alta do bebé, outro cuidado que até então não seria muito valorizado, dando ênfase à importância da orientação do cuidador principal sobre os cuidados gerais e o seguimento em consultas no ambulatório.

Foi em 1965, que se iniciaram os ensinamentos formais à mãe/cuidador principal: a mãe era orientada quanto à importância da amamentação logo nos primeiros dias dando ênfase à importância da sucção do colostro como alimento essencial e estimulante da lactação; aos cuidados de higiene e aos aspetos psicológicos; à posição durante a mamada; à importância da amamentação como fator imunizante, à sua importância para o desenvolvimento do bebé, assim como vantagens económicas do leite materno.

Nos anos 70, os pais eram ensinados a cuidar do RN com base nas orientações da enfermeira, com a finalidade de aumentar a sua segurança e confiança e melhorar o relacionamento familiar. Estes ensinamentos debruçavam-se sobre qual o enxoval necessário; as características físicas do RN; as suas necessidades emocionais; a amamentação e suas vantagens; a técnica correta na alimentação artificial; as intercorrências nos primeiros dias de vida; as consultas periódicas e o registo de nascimento.

Com o decorrer dos anos, com os avanços científicos e tecnológicos, a assistência ao RN prematuro foi melhorando, contribuindo em larga escala para a sobrevivência de bebés cada vez mais pequenos e imaturos. Para Couto e Praça (2009), com a crescente implementação de novas estratégias tecnológicas, atualização e desenvolvimento dos recursos profissionais houve uma promoção do crescimento e desenvolvimento adequados destes pequenos indivíduos. Por outro lado surge a perceção da existência de outra dimensão assistencial: os familiares. Muitas vezes o RN prematuro tem necessidade de internamento hospitalar prolongado, o que gera grandes repercussões familiares podendo afetar o vínculo entre o bebé e os seus pais/família, urgindo uma organização crescente e

implementação de recursos com enfoque nesta necessidade, tendo em conta a distância que existe entre a especificidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde e a necessidade de aproximação dos pais ao RN, sendo de extrema importância a integração dos pais no cuidado ao seu filho, promovendo assim a vinculação e a parentalidade.

2. O CUIDAR EM ENFERMAGEM NEONATAL: CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

O cuidar em enfermagem neonatal tem início assim que é dado a conhecer à equipa que está a chegar um RN com necessidade de cuidados especiais. É nesse momento que toda a equipa se prepara, quer em termos tecnológicos quer a nível emotivo. São situações de admissão, por vezes de extremo *stress*, em que a vida de um RN depende da rapidez de atuação da equipa multidisciplinar.

O cuidar começa com o acolhimento do RN e da família, prolongando-se ao longo de todo o internamento e até à alta para o domicílio ou outra instituição.

Sendo a neonatologia uma área tecnicista e tão específica nos cuidados, leva muitas vezes a pensar erroneamente, que o papel do enfermeiro se restringe somente aos cuidados técnicos. Contudo, cabe-lhe também desenvolver competências que se enquadrem na dimensão ética, deontológica e relacional, objetivando a qualidade dos cuidados prestados na interação com o RN e família de forma holística. Tal permitirá uma efetiva comunicação entre os membros da equipa e a família, promovendo uma verdadeira relação de ajuda na parceria de cuidados, culminando com a capacitação dos pais e a sua plena autonomia nos cuidados ao RN aquando da alta hospitalar, tal como preconizado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da OE (OE Regulamento, 2011).

Para o desenvolvimento desta prática o Guia Orientador de Boas Práticas da OE (OE, 2011) refere a importância do método de enfermeiro de referência, preconizando que cada cliente esteja associado a um enfermeiro responsável pela coordenação e acompanhamento dos cuidados. O principal objetivo é a promoção da humanização dos cuidados e a autonomia, em que o foco de enfermagem é o cliente, pretendendo-se a prestação de cuidados individualizados com qualidade, desde o acolhimento, ao longo do internamento e até à alta.

Rodrigues (2010) refere que a preparação para a alta na unidade neonatal começa logo no primeiro dia de internamento, com a participação de forma gradual dos pais nos cuidados, através do ensino e supervisão promovidos pela equipa de enfermagem e adequados às suas dúvidas e dificuldades.

O planeamento da alta é de facto um processo complexo pelo que deve iniciar-se no momento da admissão do RN na unidade, continuando ao longo de todo o internamento, procurando sempre, durante este processo, a integração e envolvimento da família na prestação de cuidados ao RN. Para Wong e Whaley (1999) a filosofia de cuidados centrados na família, reconhece que esta é uma constante na vida da criança pelo que “os sistemas de serviço e pessoal devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e a competência da família”.

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas da OE (OE, 2011) na preparação da alta, os princípios orientadores devem ser regidos pelos modelos de cuidados baseados na parceria de cuidados e no respeito pelos direitos universais da criança, pela Carta da Criança Hospitalizada e ainda pelo princípio da universalidade. Cada RN e família devem ter um plano de alta individualizado de acordo com as suas necessidades, devendo os pais ser incluídos nesse planeamento, de forma a identificar as suas próprias dificuldades e a receber suporte e treino individualizados.

O processo de preparação dos pais para a alta do RN deve assim, ser desenvolvido por etapas: acolhimento, internamento e alta do RN.

2.1. ACOLHIMENTO

Segundo Góes (1999), o **acolhimento** é uma atitude que promove a confiança dos pais na equipa, é o estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mútua. **Acolhimento** diz respeito “ao ato ou efeito de acolher; receção; hospitalidade”. (Infopédia, 2014).

De forma a poder identificar o destinatário de toda a ação de enfermagem no ato do acolhimento, considera-se que este só é possível na presença de diversos interlocutores, nomeadamente indivíduo/cliente, família e prestador de cuidados (CIPE, Versão 2, 2011, p.115):

Indivíduo/Cliente: Um ser humano; **Cliente - Sujeito** a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (por exemplo: recém-nascido, prestador de cuidados, família, comunidade); **Família - Grupo:** Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes; **Prestador de Cuidados - Indivíduo:** Aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um

dependente na maioria das situações em neonatologia será a mãe e/ou pai, mas pode ser qualquer indivíduo responsável pelo RN.

Esta etapa inicia-se aquando da entrada do RN na unidade, desde que acompanhado pelos pais, ou logo que esteja presente um dos progenitores. Deve-se proceder à integração dos pais começando com a apresentação da equipa presente, para estabelecer uma relação de empatia e desta forma diminuir o sentimento de ansiedade e medo. Esta medida tem ainda como finalidade promover o diálogo que deve ser efetuado de forma clara e simples, em tom calmo para transmitir confiança e serenidade aos pais, dando espaço para que estes possam exprimir os seus receios, medos, angústias e dúvidas.

Uma vez realizado o acolhimento, inicia-se o processo de enfermagem com a avaliação inicial. A avaliação inicial é realizada individualmente através da observação direta do RN e através da entrevista aos pais onde se recolhe toda a informação visando o conhecimento global do bebé e da família onde este está integrado. Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas da OE (OE, 2011, p. 17), no capítulo da Esperança, esta *“avaliação individual e familiar é fundamental para o conhecimento da família e para a compreensão das significações de esperança dos pais de crianças...”*.

Após a realização da avaliação inicial, promovem-se e planificam-se cuidados, que se manterão ao longo do internamento, tendo como finalidade a preparação dos pais para a alta do RN, perspetivando o seu *empowerment* e a capacitação para a autonomia nos cuidados ao filho.

2.2. INTERNAMENTO

A fase de internamento é a mais longa, na qual se procede à elaboração e implementação do processo de enfermagem. É constituída por diversas etapas que visam a planificação, implementação, avaliação e registos dos cuidados, incluindo quer os cuidados técnicos, quer os ensinamentos aos pais.

2.2.1. Planificação dos cuidados e ensinamentos aos pais

Couto e Praça (2009) defendem que, para um melhor desempenho e compreensão dos cuidados ao RN, a preparação, os ensinamentos e a informação dada aos pais deve iniciar-se logo após a admissão na unidade neonatal, mantendo-se ao longo de todo o internamento

num processo contínuo de avaliação e reformulação. A planificação dos cuidados é realizada consoante as necessidades do RN/família, tendo sempre em atenção as prioridades que a situação clínica exige. O planeamento precoce promove o envolvimento da família no processo de preparação para a alta, individualiza as ações e proporciona aos pais uma maior sensação de controlo e conforto num contexto de parceria de cuidados.

O Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2011) recomenda o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Esta teórica preconiza o envolvimento dos pais nos cuidados ao filho enquanto este está internado, o que facilita a continuidade dos cuidados no domicílio. Esta parceria é operacionalizada através de uma negociação partilhada do “quê” e “como” se vai fazer, sendo flexível e tendo em conta o reconhecimento das habilidades dos pais, o respeito pelo seu desejo e vontade em prestar cuidados e a avaliação das suas próprias necessidades. Esta parceria passa ainda pela renegociação, apoio contínuo, ensino e supervisão enquanto necessário, através da reflexão e comunicação direta dos pares. Quando os pais participam nos cuidados ao RN, diminui o sentimento de angústia da separação e por conseguinte promove-se a autoconfiança respeitante às competências e habilidades, ultrapassando o sentimento de incapacidade em cuidar do filho.

Na planificação dos cuidados devem ser definidos os diagnósticos e as intervenções de enfermagem a eles associados, que suportem a implementação dos cuidados necessários à situação clínica, incluindo os ensinamentos aos pais.

2.2.2. Implementação dos cuidados e ensinamentos aos pais

Tal como referido a implementação dos cuidados e os ensinamentos aos pais serão desenvolvidos pela equipa de enfermagem ao longo de todo o internamento, visando a adequada preparação para a alta. A ação de base é **Ensinar**, exigindo do enfermeiro perícia na arte de comunicar de forma efetiva e elucidativa, para uma melhor compreensão e aprendizagem. Os enfermeiros devem proceder à transmissão de conhecimentos, negociar e promover a prestação de cuidados bem como treinar competências, tendo em vista a sua capacitação e *empowerment* dos pais.

Para além do uso de competências pedagógicas, é fundamental que o enfermeiro fomente uma verdadeira relação de ajuda com a família ao longo de todo o internamento, pois só assim se poderá aplicar o método de parceria de cuidados e alcançar progressivamente a autonomia dos pais no processo de preparação para a alta do RN. A

este respeito, no Guia Orientador de Boas Práticas da OE (OE, 2011) no capítulo da Esperança é realçada a importância do dever ético e legal por parte dos enfermeiros em dar as (in)formações necessárias aos pais acerca de como lidar com a doença dos filhos, em virtude do desenvolvimento da respetiva autonomia e qualidade de vida; não esquecendo que os pais são parceiros dos profissionais no cuidar do filho, tendo assim direito ao conhecimento das intervenções e à participação em todo o processo de cuidados. No mesmo Guia, encontram-se recomendações de intervenções referentes à preparação para a alta ao longo do internamento:

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

De acordo com estas orientações e indo ao encontro do que já foi referido anteriormente, a preparação para a alta deverá ser realizada por etapas que vão desde o internamento, previamente à alta podendo continuar após a alta hospitalar. Ressalta ainda destas orientações a importância da transmissão de conhecimentos através de ensinamentos, instrução e treino.

Rodrigues (2010) refere que a supervisão, orientação e educação para a saúde são instrumentos fundamentais para potencializar as capacidades dos pais no cuidado ao filho. Consoante os pais vão desenvolvendo competências e por conseguinte prestando cuidados, o enfermeiro vai avaliando todo o processo e observando onde será necessária nova intervenção. A avaliação realizada a cada momento condicionará as intervenções de enfermagem a ser desenvolvidas, para que o plano de cuidados vá ao encontro das necessidades de cada RN/cuidador.

Charepe (2004), no seu estudo, menciona que a intervenção de enfermagem deve iniciar-se com o diagnóstico de problemas, seguido do planeamento da intervenção para avaliar a autonomia dos pais, as suas dúvidas e dificuldades, importantes para o estabelecimento de uma comunicação eficaz de forma a minimizar os reinternamentos ou idas ao serviço de urgência. A informação ao ser dada de forma progressiva ao longo do internamento permite que seja interiorizada de forma gradual pelos cuidadores. Esta deve ser objetiva e concreta, mesmo em situações stressantes, pois facilita o confronto com as mesmas. Refere ainda que a avaliação da motivação e capacidades dos pais deve ser realizada através da observação da destreza e iniciativa com que realizam certas tarefas e na atitude ao desempenhá-las, isto através da linguagem corporal, expressão facial, bem como questionando os pais, colocando exemplos de situações práticas. Esta autora refere que a família é o sistema de cuidados informal mais importante nos cuidados à criança, pelo que é imprescindível a integração dos pais nos cuidados, em parceria com os profissionais de saúde. A intervenção de enfermagem na preparação da alta passa pela avaliação das necessidades dos pais, a preparação da sua autonomia progressiva e os cuidados antecipatórios à criança, tendo em vista a promoção de saúde.

Rodrigues (2010) refere que a educação e a supervisão em saúde revelam-se como estratégias essenciais para o desenvolvimento de cuidados em parceria com os pais. A este respeito, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no artigo 5º; capítulo II, do Código Deontológico do Enfermeiro refere que os cuidados de enfermagem são caracterizados por “(...) *orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis (...)*” (OE REPE, 1998, p. 3). Bem como, no Código Deontológico do Enfermeiro, no seu artigo 89º, enuncia o enfermeiro como o responsável pela humanização dos cuidados, devendo “(...) *contribuir*

para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE Código Deontológico Lei n. 111/2009 [OECD], 2009, p. 5).

Para que tal aconteça, é necessário transmitir o conhecimento adequado aos pais.

Neste âmbito e segundo a CIPE (Versão 2, 2011, p. 45), **conhecimento** é um conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação, enquanto o **Conhecimento Sobre a Saúde** é estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar informação com pessoas que são importantes para o cliente.

A transmissão de conhecimentos num contexto de educação para a saúde exige competências pedagógicas para alcançar os objetivos a que se propõe. Phaneuf (1993) citado por Rodrigues (2010, p. 61) define alguns princípios pedagógicos relativos aos ensinamentos ao utente e família, nomeadamente:

- *Incentivar a pessoa ou a família a participar na elaboração de objetivos, de forma a motivá-los e facilitar a elaboração das suas próprias representações;*
- *Escolher o momento adequado, evitando as situações em que a pessoa está fatigada ou em sofrimento;*
- *Avaliar o conforto da pessoa durante o ensino, tendo em conta os períodos de repouso e sinais de desconforto;*
- *Desenvolver os ensinamentos a partir do que a pessoa já conhece, para aquilo que desconhece;*
- *Partir do mais simples para o mais complexo;*
- *Ligar explicações abstratas a situações concretas através de comparações, esquemas e metáforas;*
- *Adequar os recursos ao estilo de aprendizagem de cada pessoa;*
- *Utilizar frases curtas e uma linguagem simples, evitando termos médicos e explicando os termos especializados que são essenciais para o ensino;*
- *Realizar repetições intencionais para facilitar a retenção de determinadas ideias-chave;*
- *Tornar a aprendizagem significativa relacionando-a com a experiência pessoal de cada um;*
- *Exemplificar logo após a exposição teórica;*
- *Usar perguntas abertas ou exemplos de aplicação para verificar a compreensão;*
- *Usar o reforço positivo para encorajar;*
- *Respeitar o ritmo de aprendizagem;*

- *Planear o ensino em várias sessões de forma a facilitar a aprendizagem;*

- *Não exigir demais da pessoa para não provocar stress, nem prejudicar a autoestima.*

Destas orientações salienta-se uma vez mais a individualização dos cuidados de acordo com as particularidades de cada um em termos de capacidade de apreensão de informação, aprendizagem teórica e destreza técnica, num processo contínuo e faseado.

Para que este processo seja bem-sucedido, é necessário a definição clara dos temas e conteúdo dos ensinamentos a realizar, bem como a uniformização das práticas, prevenindo a confusão gerada pelo conflito de informações contraditórias.

Para a unidade de neonatologia em questão, preconizam-se como temas de incidência dos ensinamentos na preparação para a alta: banho, cordão umbilical, pele, limpeza das vias aéreas, amamentação, aleitamento artificial, posicionamento, segurança, desenvolvimento infantil, choro, sono, diagnóstico precoce, vacinação, vinculação, parentalidade e problemas comuns do RN. Para cada tópico, procedeu-se à definição e descrição das recomendações teóricas e práticas para a realização de ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN.

- **Banho**

Segundo as definições da CIPE (Versão 2, 2011) o **Dar Banho** é aplicar água ou material de limpeza a algo, sendo o **Cuidar da Higiene** mais abrangente referindo-se ao dar banho, mudar de roupa, levantar da cama, associado a padrão cultural e nível socioeconómico.

Segundo Silva (2006), o enfermeiro deve procurar transmitir aos pais, ainda no internamento, a tranquilidade necessária e os ensinamentos adequados ao cuidado do banho, para que este momento seja de total disponibilidade, dedicação e amor para com o RN.

O Guia de Boas Práticas da OE (OE, 2010) indica que a higiene corporal contribui para o estado de saúde e promove uma sensação de conforto e bem-estar, pois pode ser um momento de relaxamento da criança, onde se podem realizar jogos e onde o toque desenvolve por si só, de forma carinhosa, a afetividade entre a criança e o cuidador, que segundo Brazelton, citado neste guia, refere “*que na água do banho também ficam grandes doses de carinho e afeto, sendo este um momento de promoção do desenvolvimento*” (OE, 2010, p. 83). É através do banho que se promove um dos momentos mais gratificantes na relação entre o RN e os pais/cuidador, pois o contato pele a pele ajuda no reforço da relação promovendo assim a vinculação.

Macedo, Peixoto, Rodrigues e Guedes (Secção de Neonatologia SPP - Consensos, 2004) recomendam que no caso dos prematuros com idade <34 semanas, nas duas primeiras semanas de vida, deve proceder-se à limpeza da pele só quando estritamente necessário devido à fragilidade da pele do prematuro, usando uma “loção de limpeza”, sem detergentes, sem conservantes (parabenos), sem perfumes, ou com água esterilizada ou soro fisiológico estéril.

Após as duas primeiras semanas de vida a pele dos prematuros amadurece e passa a ter as mesmas características, exigindo os mesmos cuidados que a pele de um RN de termo. Assim estes autores preconizam o uso sempre que necessário de água morna, eventualmente com utilização de cremes ou óleos hidratantes depois do banho. De salientar sempre o uso de produtos sem perfumes, sem conservantes, não detergentes e muito suaves a fim de evitar a absorção cutânea de substâncias químicas e manter a hidratação da pele.

Segundo Coutinho (2011) o banho não precisa de ser diário, ele menciona que os dermatologistas aconselham-no 2 a 3 vezes por semana. Para este autor a temperatura da água deve ser de 36° a 38°C, o banho deve ser rápido e a secagem sem friccionar para não lesar a pele do bebé. Fernandes, Oliveira e Machado (2011) corroboram no seu estudo que o banho não necessita de ser diário, podendo ser dado com uma frequência de 2 a 3 vezes por semana até o bebé começar a gatinhar. Estas autoras referem ainda que não se observam efeitos adversos na barreira epidérmica dos RN quando se usou só água no banho, daqueles em que se usou gel de limpeza ou loção tópica.

Blume-Peytavi et al. (2009) recomendam que antes de iniciar o banho deve-se preparar todo o material necessário: a toalha macia deve estar aberta e pronta a receber o RN, a roupa escolhida deve estar junto ao local onde o bebé é seco, a banheira pronta, com água limpa mais ao menos a 37°C e o nível da água deve atingir o umbigo. O banho deve ser dado num local protegido das correntes de ar e a banheira deve estar próximo do local onde se seca e veste o bebé. Este deve ser breve (não ultrapassar os 5 minutos) para evitar o arrefecimento e o bebé não deve ser deixado sozinho enquanto estiver no banho.

- **Pele**

Na linguagem CIPE (Versão 2, 2011, p. 52 e p. 110) **Pele** define-se “*como uma superfície natural mais externa do corpo, robusta e flexível, com funções relacionadas com a elasticidade, textura e espessura, no sentido de manter a camada queratinizada intacta, hidratada, macia e com a temperatura adequada*”. Salienta-se o comum **Eritema das**

Fraldas que segundo estes autores “*é uma erupção localizada na área de pele em contacto com as fraldas*”.

A epiderme do RN, comparativamente com a das crianças e adultos, é mais seca e tem uma menor capacidade de reter água, pelo que a sua hidratação é essencial de forma a assegurar a manutenção das funções da pele, para favorecer o efeito barreira contra as agressões externas e para manter o equilíbrio hidroelectrolítico e térmico.

Macedo et al. (Secção de Neonatologia SPP - Consensos, 2004) recomendam o uso de cremes emolientes, pois estes funcionam como uma barreira protetora da pele. É recomendado para prematuros, após a maturação da sua pele e todos os RN com pele seca ou fissuras.

Segundo Guimarães, Tomé, Virella e Mimoso (2007) o tato é um dos primeiros cinco sentidos a amadurecer. Ele é desenvolvido através da pele sendo por isso benéfico o contato pele a pele com os pais, através do método canguru, quando são prestados os cuidados de higiene ou ainda através das massagens, sendo esta última muito importante como efeito calmante e fortalecedora dos laços afetivos com os progenitores. Toda esta ligação impulsiona um sentimento de segurança no bebé e desenvolve um efeito benéfico no seu estado clínico e no seu desenvolvimento.

Para Silva (2006) sendo a pele o órgão mais extenso do corpo, tem variadas funções, desde a física à sensorial, exercendo ainda uma barreira mecânica e de proteção. O RN tem uma capacidade enorme de aprender várias sensações, nomeadamente através do toque em todas as zonas do seu corpo, umas de bem-estar, como uma carícia e outras de desconforto, nomeadamente a pressão, o calor, o frio e a dor. É através de todas estas sensações que o RN faz a sua interação com o meio que o envolve.

Relativamente aos cuidados perianais e perineais deve-se ter em conta o sexo do RN. Segundo esta autora deve-se limpar e secar todas as pregas cutâneas da pele e para prevenir o eritema da fralda pode-se aplicar um creme que funcione como barreira devido ao contato da pele com a urina e fezes. A dermatite da fralda diminuiu consideravelmente após o uso de fraldas descartáveis superabsorventes devido à sua capacidade de reter líquidos.

- **Cordão umbilical**

Segundo Silva e Viana (2007), o cordão umbilical é uma estrutura de tecido conjuntivo, que conduz no seu interior artérias e veias e que faz a ligação da placenta ao feto.

Segundo Branco (2003) continua por esclarecer qual o método mais seguro e eficaz para a assepsia do cordão. Sendo o cordão umbilical o primeiro local a ser colonizado, esta colonização vai depender do tipo de parto, da flora materna, dos prestadores de cuidados e eventualmente (se necessitar de cuidados mais diferenciados), pelo local de internamento. Este autor refere que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que no caso de parto hospitalar em que o RN permanece junto da mãe, uma vez que esta é a cuidadora principal, não há necessidade de aplicação de antissépticos uma vez que a taxa de infeção cutânea será baixa. Assim sendo os cuidados passam pela limpeza, secagem e desinfecção (*Dry Care*). Contudo ressalva a utilização de álcool a 70% para eventuais utilizações.

Fernandes et al. (2011) recomendam o uso regular de clorhexidina para a desinfecção do cordão umbilical até este cair (entre 5 a 10 dias), para reduzir o risco de infeção.

Branco (2003) recomenda como cuidados: começar pela lavagem criteriosa das mãos com água e sabão antes e depois dos cuidados; proceder à limpeza do coto umbilical e pele adjacente, sempre que estiver sujo com urina e/ou fezes (usar água tépida e sabão, sem perfume e secar com compressa esterilizada); o cordão deve ser mantido seco e exposto ao ar, ou livremente coberto com roupas limpas; a fralda deve ser apertada abaixo do umbigo; após a alta, a mãe deve ser ensinada a vigiar o aparecimento de rubor na região circundante do umbigo, o mau cheiro, corrimento e/ou sangramento. Se estes sinais estiverem presentes devem recorrer de imediato a cuidados médicos; após a queda devem ser mantidos os mesmos cuidados.

- **Limpeza das vias aéreas**

Na linguagem CIPE (Versão 2, 2011, p. 61) a **Limpeza das vias aéreas** é a necessidade de *“manter aberta a passagem do ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares, através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório”*.

Por vezes os pais ficam apreensivos com a obstrução nasal do RN, uma vez que pode apresentar dificuldade em mamar. Por este motivo, é importante desmistificar perante os cuidadores, que a limpeza das vias aéreas superiores não traumatiza o RN, antes pelo contrário alivia a capacidade de respirar do bebé.

No ensino da limpeza das vias aéreas deve ser explicada a sua importância, quando deve ser realizada: se o RN apresentar obstrução nasal e rinorreia; o material necessário: soro fisiológico e aspirador nasal; e como deve ser efetuado: introduzindo gotas de soro

fisiológico nas narinas do RN e utilizar o aspirador nasal conforme as indicações do fabricante. Sempre que necessário proceder-se-á à demonstração. De referir que caso esta prática seja necessária, deve ser realizada antes da alimentação do RN.

- **Amamentação**

Segundo a linguagem CIPE (Versão 2, 2011), **Amamentação** é definida por alimentar uma criança oferecendo leite materno (LM), sendo que **Amamentação Exclusiva** é o alimentar exclusivamente com leite materno, excluindo outros tipos de alimentos nos primeiros quatro a seis meses de vida da criança. De realçar ainda a definição de **Lactação** como sendo este um processo de síntese e secreção do LM pelas glândulas mamárias da mulher e ainda **Extração de Leite** como sendo o espremer e pressionar a mama manualmente para retirar leite.

Silva (2006) refere que a decisão da forma de alimentar o RN é muito importante e que devem ser os pais em consciência e bem informados com os conhecimentos previamente adquiridos a decidir. Esta decisão é influenciada por fatores físicos, psicológicos e socioculturais, como por exemplo, a influência marcante das experiências anteriores do casal, a referência de experiências de pessoas amigas e da própria mãe da puérpera.

Segundo Levy e Bértolo (2012) alguns estudos portugueses referem uma alta incidência do aleitamento materno, com cerca de 90% das mães que iniciam o aleitamento materno após o nascimento, contudo esses mesmos estudos referem que cerca de metade das mães deixam de amamentar durante o primeiro mês de vida do seu filho. Por esse motivo é essencial implementar estratégias que promovam o sucesso e continuação do aleitamento materno.

Para estas autoras e segundo Moleiro, Gomes e Nona (Secção de Neonatologia SPP - Consensos, 2004) o sucesso do aleitamento materno é definido por uma amamentação exclusiva mais prolongada, pelo menos até aos 6 meses de idade.

Desta forma torna-se imperioso veicular informações sobre as vantagens do aleitamento materno tanto para o bebé, como para a mãe. Se a mãe estiver convenientemente esclarecida saberá que a tónica da amamentação está no prazer e no direito de amamentar e não no seu dever.

A OMS em 1991, juntamente com a Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estabeleceram a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, que contempla 10 medidas importantes para promover o sucesso do aleitamento materno, defendendo que estas deveriam ser implementadas nos serviços de saúde vocacionados para a assistência a grávidas e RN.

Em Portugal foi constituída uma Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés com sede na UNICEF (Levy e Bértolo, 2012).

Tanto Levy e Bértolo (2012), como a OMS e UNICEF, recomendam que o horário das mamadas deve ser livre e flexível (regime livre), o bebé deve mamar quando tem fome; não se deve deixar mais de 3 horas de intervalo entre as mamadas no primeiro mês de vida; o bebé deve esvaziar uma mama até ao fim, pois o primeiro leite que está na mama é mais rico em água e lactose e só á medida que a mamada contínua é que o leite se torna mais gordo, promovendo o crescimento e desenvolvimento; só depois de esvaziar uma mama é que oferece a outra, caso o bebé manifeste fome; na mamada seguinte deve alternar a mama que oferece ao bebé; deve-se acordar o bebé e não o deixar muito agasalhado pois favorece o adormecimento. A técnica e posição para amamentar devem também ser ensinadas de modo a evitar algumas das complicações mais frequentes.

Quando o bebé não pode mamar, a mãe deve ser aconselhada e ensinada a retirar o leite através de expressão manual ou com uma bomba, para permitir que a produção de leite se mantenha.

Levy e Bértolo (2012) referem que o LM além de ser importante na nutrição é importante para favorecer a maturidade e promover o crescimento normal do intestino, tornando-o apto a iniciar a produção de anticorpos e hormonas que garantam uma boa absorção dos alimentos. Estes autores recomendam formas de armazenamento e congelação do LM, de forma a manter as suas propriedades.

Quadro 1 - Congelação e armazenamento do leite materno

CONSERVAÇÃO SEGURA DE LEITE MATERNO, EM CASA			
LEITE RECÉM EXTRAÍDO (Fresco)	Tempo max.	LEITE CONGELADO	Tempo max.
À temperatura ambiente (se <25°C)	6/8horas	No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
		No congelador (separado tipo Combi)	3/6 meses
		Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+ 6 meses
LEITE REFRIGERADO	Tempo max.	DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo max.
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0/4°C)	8 dias	Descongelado (dentro do frigorífico)	12/24 horas
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4/10°C)	3/5 dias *	Descongelado fora do frigorífico	Imediato
* Se temperatura > 5°C depois 3º dia consumir nas 6 h seguintes			

Fonte: Levy,L. e Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF.

Sendo o LM um alimento vivo é composto por vários constituintes que se alteram de diferentes maneiras e sob diferentes condições.

Todos os materiais que entrem em contacto com o LM devem ser esterilizados, não se pode aquecer ou descongelar o LM no micro-ondas, podendo ser aquecido em água corrente, num aquecedor para biberons ou ainda em “banho-maria”.

Moleiro et al. (Secção de Neonatologia SPP - Consensos, 2004) referem que o LM pode ser mantido à temperatura ambiente durante cerca de 6-8 horas sem que haja um anormal desenvolvimento de bactérias, contudo ao longo deste tempo vão sendo deterioradas algumas substâncias que favorecem a digestão. Assim sendo, estes autores recomendam a conservação do LM no frigorífico até 4°C durante 3 dias, quando isto não for possível deve reduzir-se o tempo para 24 horas. Os recipientes com LM não devem ser mantidos na porta do frigorífico, mas sim nas prateleiras e o mais atrás possível.

- **Aleitamento Artificial**

O aleitamento artificial engloba vários conceitos referentes a ingestão e alimentação.

Segundo a CIPE (Versão 2, 2011, p. 38) **alimentar com biberão** é considerado um “*Padrão Alimentar ou Ingestão de Líquidos*”. **Ingestão Nutricional** “*é a quantidade e qualidade de nutrientes ou alimentos introduzidos no corpo*”, sendo que a **Ingestão de líquidos** é um “*Processo de suprimento em nutrientes líquidos e água, necessários para o crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida*” (CIPE Versão 2, 2011, p. 59).

Segundo a Secção de Neonatologia (SN) existem fórmulas lácteas especialmente concebidas para RN prematuros ou de termo, adequadas a cada idade gestacional de acordo com as exigências nutricionais de cada período de crescimento, que podem ser usadas como substitutas do LM caso seja estritamente necessário.

Silva (2006) expõe no seu estudo que a necessidade de administração destas fórmulas faz com que os enfermeiros tenham a preocupação de promover o ensino aos pais da técnica de preparação, administração e manipulação de todos os materiais necessários a uma correta utilização. Os enfermeiros devem clarificar as dúvidas aos pais e transmitir-lhes conhecimentos necessários à promoção da saúde e bem-estar do RN.

Os ensinamentos passam pela necessidade de manter a assepsia na preparação do leite, incluindo os materiais e a higienização das mãos.

Para Whaley e Wong (1999) o aleitamento artificial, à semelhança do aleitamento materno deve ser um momento muito especial para o RN carregado de empatia com a mãe, de troca de carinhos necessários para promover o estabelecimento do vínculo afetivo. Assim

a mãe deve estar atenta e aconchegar o RN ao seu corpo como se estivesse a dar de mamar, pois assim o RN poderá sentir a sua mãe junto de si através da sua temperatura, ouvir o bater do seu coração, ouvir a sua voz, cheirar a sua mãe, só assim a mãe conseguirá transmitir sentimentos de segurança e bem-estar ao RN.

- **Posicionamento**

Posicionar, segundo a CIPE (Versão 2, 2011, p. 99) é “*Executar: colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição*”.

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) refere que o posicionamento do RN é de grande importância, uma vez que é através da sua correta aplicação que se previne o Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL). Esta síndrome representa a primeira causa de mortalidade no primeiro ano de vida da criança, excluindo o período neonatal.

O SMSL, como o nome indica é a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida. Acontece sem aviso prévio num bebé aparentemente saudável e na maioria dos casos está associada ao sono e por isso é conhecida como “morte no berço”.

Segundo as **recomendações da SPP**: *o bebé deve dormir sempre de costas*; numa cama apropriada (os pés do bebé devem tocar o fundo da cama, para que não haja risco de escorregar para debaixo dos lençóis, a cama deve ser de grades até aos 2 anos de idade); *com a cabeça destapada* (não deve usar almofada, fralda, gorros, babetes ou outras peças que possam tapar-lhe a cabeça, a roupa não deve ultrapassar os ombros e os cobertores não devem ser pesados); *evitar o sobreaquecimento* (deve-se adequar a temperatura do quarto, a roupa do bebé e a roupa da cama à estação do ano e ao lugar que habita. A temperatura do quarto deverá estar entre 18-21°C); *deve dormir na sua cama e não na cama dos pais* (o berço/cama do bebé deve estar junto da mãe nos primeiros 6 meses); *o uso de chupeta para dormir pode reduzir o risco de morte súbita* (contudo se o bebé recusar ou se mamar ao seio materno não se deve oferecer nas primeiras semanas pois pode prejudicar a adaptação de bebé á mama) e *o bebé acordado pode estar noutras posições* (deve-se ensinar a colocar o bebé a brincar com ventre para baixo), de modo a fortalecer os músculos do pescoço.

- **Segurança**

Segundo o Guia de Boas Práticas “*a segurança constitui um outro pilar fundamental à sedimentação de um desenvolvimento infantil salutar. É um conceito rico em significação, pois tanto pode ser entendido na sua vertente emocional, social ou física*” (OE, 2010, p. 87).

Na linguagem CIPE (Versão 2, 2011, p. 74) **segurança** “é estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão”.

A Secção de Neonatologia destaca os ensinamentos relativos à segurança rodoviária, uma vez que os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva em crianças e jovens, em Portugal. Toda a criança, incluindo o RN ao sair da maternidade ou unidade de neonatologia deve ser sempre transportada no automóvel com um sistema de retenção (cadeiras) adequado ao peso e à idade da criança, sendo obrigatório por lei proceder a estes cuidados, como definido no Código da Estrada vigente em Portugal (Artigo 55º):

“...a) Se a criança tiver idade inferior a 3 anos e o transporte se fizer utilizando sistema de retenção virado para a retaguarda, não podendo, neste caso, estar ativada a almofada de ar frontal no lugar do passageiro;...”

A SN recomenda ainda que todas as maternidades e unidades de neonatologia deverão estar equipadas com cadeiras de forma a garantir aos pais o ensino correto da sua utilização.

Segundo a Orientação da Direção Geral de Saúde (DGS) (DGS Orientação nº 001/2010, 2010, p. 2),

O sistema de retenção para crianças (SRC) deve ser adquirido antes do nascimento. Os recém-nascidos e as crianças têm de ser sempre transportados num dispositivo de retenção homologado, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04, e adequado à idade, estatura e peso, de modo a proporcionar as condições necessárias a uma viagem de automóvel segura. Logo à saída da maternidade, o recém-nascido deve viajar num SRC voltado para trás (VT). Só assim a cabeça, o pescoço e a região dorsal estarão devidamente protegidos, em caso de acidente, pois são apoiados uniformemente. O SRC deve ser preso ao automóvel, com o cinto de segurança ou através de um sistema isofix num lugar sem airbag frontal ativo. Estes SRC reduzem, entre 90 e 95%, a ocorrência de morte ou ferimentos graves em crianças.

Segundo a SPP na SN, o RN deve ser transportado numa posição de semi-sentado, amparando a cabeça com redutores apropriados ou com uma fralda enrolada, que se coloca entre a cabeça e o encosto lateral da cadeirinha. Contudo no caso de RN prematuros (com menos de 37 semanas de gestação) ou com peso inferior a 2,5kg, têm condições especiais de transporte, que devem ser ensinados e os pais treinados para a sua correta implementação.

A SN refere que os sistemas de retenção homologados e existentes no mercado não são apropriados para RN prematuros. Para o RN estar em segurança, a distância entre o

ponto de inserção dos cintos que passam nos ombros e o assento da cadeira não deve exceder 25cm. A distância entre a inserção do cinto que passa entre as pernas e as costas da cadeira não deve ser superior a 13,7cm.

A SN recomenda que se deve experimentar a cadeira de transporte, com o RN ainda no internamento, com o apoio dos enfermeiros, para que se possa ajustar o ângulo de inclinação correto para o bebé e monitorizado com avaliação dos sinais vitais de forma a garantir que o plano de inclinação é o adequado para aquele bebé. É obrigatório este procedimento durante 1 hora no dia da alta, se ocorrer alterações dos sinais vitais o bebé deverá ser transportado em alcofa homologada. Devem-se evitar viagens longas nos RN prematuros enquanto estes não tiverem melhor controlo cervical.

Silva (2006) faz referência à prevenção de outro tipo de acidentes para os quais os pais devem estar alertados. Este autor refere que ao longo do primeiro ano de vida os acidentes são frequentes e muitas vezes, têm consequências graves sobretudo devido a quedas, queimaduras, afogamentos e intoxicações. Compete ao enfermeiro promover o conhecimento dos pais orientando-os para a prevenção de acidentes. Cabe aos pais assegurar que o filho se desenvolve e explora um ambiente seguro.

Relativamente ao risco de quedas, Silva (2006) lembra que este item passa sobretudo pela prevenção através do ensino aos pais na forma correta de segurar no RN, não deixar o bebé sozinho em bancadas altas, como por exemplo no muda fraldas, passando pelo uso dos cintos de segurança da cadeirinha de transporte e nunca deve ser colocada em cima de mesas, evitar adormecer com o bebé ao colo, quer seja no sofá ou na cama.

No que concerne ao risco de queimaduras, este está inerente à temperatura da água do banho e do leite quando aquecido. Não se deve estar com o RN ao colo, quando estamos a cozinhar ou a manipular algum objeto/líquido quente. Deve-se evitar a exposição solar, mesmo por poucos minutos, pois o RN ainda tem a sua capacidade de regulação da temperatura imatura (Whaley e Wong, 1999).

No que toca à temperatura, Oliva e Salgado (2003) referem que a temperatura ambiente ideal pode variar entre os 18°C e os 21°C de forma a evitar o sobreaquecimento assim como a hipotermia. A avaliação da temperatura do RN, em casa, pode ser realizada colocando o dorso da mão do cuidador na nuca ou no abdómen do RN e em caso de dúvida, avaliar com termómetro a temperatura axilar. Não se recomenda a avaliação da temperatura retal, pois corre-se o risco de lesão de mucosa, não permite avaliação contínua e varia conforme a profundidade de inserção do termómetro e presença de fezes.

Segundo Beck, Ganges, Goldman e Long (2004), o risco de infeção pode ser minimizado com alguns cuidados, sendo eles: a lavagem adequada das mãos sempre que tocar no RN; manter as unhas cortadas; manter o cordão umbilical limpo e seco; lavar tudo o que estiver em contacto com o RN, desde roupa a brinquedos; manter crianças e adultos doentes afastados do RN; proteger o RN de ambientes com fumo (seja de cigarro ou da cozinha); alimentar o RN com aleitamento materno exclusivo e certificar-se que segue o Plano Nacional de Vacinação (PNV).

- **Desenvolvimento infantil**

Em linguagem CIPE (Versão 2, 2011, p. 48) **Desenvolvimento Infantil** “é o crescimento e desenvolvimento físico, mental e sociais progressivos, desde o nascimento e durante toda a infância”; o **Desenvolvimento Psicomotor** “é um processo natural e evolutivo que integra a coordenação, comunicação, socialização e aspetos da mobilidade. É a capacidade das pessoas para interagirem com o meio envolvente através de comportamentos”.

Segundo a DGS (DGS Norma nº 010/2013, 2013) “A avaliação do desenvolvimento permite identificar precocemente as perturbações psicomotoras, adequando as intervenções necessárias.”

Silva (2006) reforça as capacidades do RN face à expressão dos seus sentimentos e interação com o meio circundante, dando ênfase aos estudos de Brazelton e Cramer em que estes consideram que “Uma das primeiras tarefas dos pais é aprender a reconhecer e a prever os estados de consciência do bebé, para saber se ele estará disponível para comer, dormir e para se relacionar”.

A SN faz referência às diferenças entre o desenvolvimento de um RN de termo e um prematuro, refere que o meio socioeconómico, cultural e familiar tem grande influência no crescimento e desenvolvimento destas crianças. Em relação ao prematuro, aquando da alta este passa a ter uma vida normal, mas a SN recomenda um programa de seguimento multidisciplinar para rastreio e intervenção precoce, bem como, um programa de apoio e orientação às famílias de forma a maximizar o crescimento e desenvolvimento até à idade adulta. Os profissionais de saúde devem por conseguinte seguir as orientações do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Assim sendo, compete aos enfermeiros ensinar os pais sobre as etapas de desenvolvimento e competências comportamentais do RN, assim como despertá-los para alguns sinais de alarme; motivá-los para a continuidade da vigilância dos cuidados e preparar os pais para os cuidados no sentido da promoção de desenvolvimento, ou seja favorecer os cuidados centrados na família. Neste âmbito deve

ainda ser dado a conhecer o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) aos pais, sobretudo os espaços referentes a cada consulta, recomendações específicas e os locais onde poderão registar as suas dúvidas.

- **Choro**

Segundo a CIPE (Versão 2, 2011, p. 43) **chorar** é uma forma de “*comunicação: Ações voluntárias ou involuntárias, de lágrimas a soluços, em resposta à dor, ao medo ou ao luto*”.

Guimarães et al. (2007) mencionam o choro como um fator desencadeante de *stress* nos pais, principalmente chegada a hora de ir para casa. Sendo o choro a linguagem universal dos bebés, é através dele que estes exprimem as suas necessidades. É a forma mais precoce de comunicação. Nos primeiros meses de vida, o choro, o tónus muscular, o olhar, o movimento corporal, tudo é linguagem. É deste modo que o bebé expõe, à sua maneira, as suas necessidades, sentimentos e sensações.

Inicialmente o bebé prematuro chora pouco, por curtos períodos, sendo facilmente consolável, ao ser acariciado ou quando lhe é oferecida a chupeta. À medida que se aproxima a altura prevista do parto (38-40 semanas de idade corrigida) o choro torna-se mais frequente, sendo um bom sinal de desenvolvimento normal da criança.

Neste manual é explicado aos pais que o saber decifrar o choro é um desafio que mistura intuição, conhecimento, perceção e aprendizagem por parte dos pais. Com o passar do tempo, estes vão descobrindo e aprendendo que o seu bebé chora de diferentes modos, tons e sonoridades, consoante aquilo que nos quer transmitir. De realçar aos pais que todos os bebés choram.

Estes autores referem causas prováveis de choro, que os pais devem ter conhecimento, para depois poderem atuar em conformidade, sendo elas:

- Causas físicas: fome; estar sujo ou molhado; roupa desconfortável; frio ou calor excessivo; sono; fadiga; excesso de estímulos e a dificuldade em estabelecer autocontrolo.
- Causas emocionais: exigir a presença dos pais; insegurança; falta de atenção e um pedido de consolo / mimo.
- Causas patológicas: dor; síndrome de privação (mãe consumidora de drogas); «cólicas» / dificuldade nas dejeções.
- Apresenta concomitantemente sinais de doença: febre / hipotermia; gemido; prostração / irritabilidade; alteração da coloração (palidez, cianose, pele

marmoreada); dificuldade / recusa alimentar (vómitos / diarreia); dificuldade respiratória.

É recomendado, pela SN que os pais devem responder ao apelo do choro com uma resposta pronta, mas comedida. Assim, o bebé sente que o seu pedido de ajuda foi compreendido e mereceu uma resposta. Desta forma irão contribuir para a sua autoestima, proporcionando-lhe mais segurança e tranquilidade. Também os autores do Manual para pais de bebés prematuros (Guimarães et al., 2007) recomendam que os pais devem responder ao apelo com tranquilidade, sem ansiedade nem angústia; satisfazer as necessidades físicas do bebé; pegar ao colo, aconchegar, embalar; falar calmamente, acariciar, massajar; oferecer o peito ou chupeta como pacificador e criar e respeitar as rotinas do bebé.

- **Sono**

Na linguagem CIPE (Versão 2, 2011, p. 76) a definição de **sono** diz respeito ao repouso.

Repouso: Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos.

Silva (2006) no seu estudo refere que nas primeiras semanas de vida, os RN costumam dormir muitas horas, mas que o sono pode variar de bebé para bebé. O RN não distingue o dia da noite e ainda não tem hábitos de sono nem horários estabelecidos, sendo necessário informar os pais de que as primeiras noites podem ser mal dormidas. Daí ser necessário referir aos pais a importância em ajudá-los a estabelecer uma rotina, como por exemplo, fazer pouco barulho à noite; dar o banho; dar leite e brincar um pouco com ele antes de o deitar, desta forma irão incorporando os horários no RN.

Esta autora menciona que as variações no estado de consciência do RN traduzem-se através dos ciclos de sono e vigília em que o RN alterna períodos de sono com longos períodos de tempo acordado. Recomenda que o local onde o RN descansa deve ser tranquilo, embora aos poucos este se deva adaptar aos ruídos da casa e ao ciclo sono-vigília.

Também a OE (2010) faz referência à importância do sono, pois ele é tão imprescindível para o desenvolvimento físico, cerebral e emocional das crianças como a alimentação. Quando surgem alterações no sono do bebé este cria um grande impacto em toda a estrutura familiar pois resulta na fadiga diária e perturbações do humor, afetando

deste modo o desempenho parental. Neste guia as recomendações, também passam pela regulação da luminosidade, de um ambiente tranquilo e do estabelecimento de horas regulares e estáveis para dormir. Os estímulos acústicos, conseguidos com caixas de música ou voz humana (pela fala ou canto) associados ao toque, para além de induzirem o sono, criam na criança a ideia que não está sozinha e um sentimento de segurança.

- **Diagnóstico precoce**

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) (Comissão Executiva do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce [PNDP], 2013) teve o seu início em 1979 com o rastreio da fenilcetonúria. Através do desenvolvimento do programa, a partir de 2004 surgiu um rastreio alargado a mais 20 patologias. Esta implementação criou a adoção de novas tecnologias, que por sua vez levou à criação da Unidade de Rastreio Neonatal (URN) do Departamento de Genética Humana, em 2009. Este exame diagnostica até ao momento 25 doenças nas primeiras semanas de vida que têm tratamento.

Novas orientações, segundo o PNDP (2013):

- *A colheita deve ser efetuada entre o 3º e o 6º dia de vida;*
- *O RN deve ter efetuado pelo menos 48h de alimentação adequada à sua idade gestacional/peso;*
- *Deverá ser assinalado que o RN tem icterícia nos casos em que está visivelmente icterício aquando da realização da colheita;*
- *Sempre que se efetuar uma 2ª colheita deve-se assinalar na ficha que se trata de uma repetição;*
- *Não devem ser utilizados analgésicos ou anestésicos locais;*
- *Pode ser utilizado sangue venoso, se tiver sido colhido para outros fins;*
- *Não usar tubos para colheita com heparina;*
- *O campo da medicação deverá ser assinalado sempre que o RN tiver efetuado medicação nos dias que precedem a colheita.*

Critérios específicos:

- *Deve-se efetuar uma colheita entre o 3º e o 6º dia, com pelo menos 48h de alimentação adequada, e outra após 2 semanas de vida:*
 - *Se o RN tiver idade gestacional < 30 semanas;*
 - *Peso < 1500gr;*
 - *Cirurgia do RN;*
 - *RN gravemente doente/insuficientemente alimentado;*
 - *Tratamento com dopamina;*
- *Em caso de alimentação entérica ou parentérica, o rastreio deverá ser efetuado normalmente se o soro da infusão contiver aminoácidos em quantidade adequada à sua idade gestacional/peso. Se for só soro fisiológico ou glicosado deve-se efetuar duas colheitas;*
- *Em caso de transfusão de concentrado de glóbulos rubros, a colheita pode ser feita como habitualmente. Em caso de transfusão de plasma ou permuta, efetuar a colheita após 3 dias, desde que tenha pelo menos 48h de alimentação pós-transfusional;*
- *Se o RN for sujeito a hipotermia induzida e não completar 48h de alimentação adequada até ao 6º dia deverá repetir colheita.*

- **Vacinação**

Segundo a CIPE (Versão 2, 2011) a **adesão à vacinação** é referida como um tipo de comportamento com desempenho de atividades para conseguir imunidade para as doenças transmissíveis suscetíveis de prevenção, conforme as recomendações para a idade, doença ou viagem.

Segundo o Guia de Boas Práticas (OE, 2010), a imunização, ao conferir proteção imunológica contra determinadas doenças infecciosas, promove a integridade física e psicológica da criança contribuindo para que todo o processo de desenvolvimento ocorra de uma forma saudável e sem sobressaltos.

Assim, aquando do nascimento, recomenda-se a vacina contra a Tuberculose e a primeira dose da vacina contra a Hepatite B.

As vacinas podem ser administradas na maternidade, unidade neonatal, desde que o peso do RN seja igual ou superior a 2000 gramas, ou quando tal não for possível, deverá recorrer ao centro de saúde da área de residência.

Também a DGS (DGS Circular Normativa nº 08/DT [CN08], 2005) determina que:

As crianças pré-termo cuja situação clínica seja satisfatória, devem ser vacinadas de acordo com o esquema recomendado no PNV (Plano Nacional de Vacinação), com as mesmas doses e na mesma idade cronológica que as crianças de termo, independentemente do peso à nascença, exceto para o BCG e para a Vacina de Hepatite B (VHB).

Nos recém-nascidos de termo as vacinas BCG e da Hepatite B são geralmente administradas nos primeiros dias. No entanto, “nas crianças nascidas com peso inferior a 2000gr, a BCG deve ser adiada para quando atingirem esse peso.” O mesmo se passa com a VHB que “deve ser adiada para o mês de idade ou para quando as crianças atingirem os 2000gr”.

- **Vinculação**

Segundo a linguagem CIPE (Versão 2, 2011, p. 61, p. 79 e p. 128) a vinculação pode ser interpretada sob vários termos, sendo eles: a **Ligação**, que é vista como um comportamento, onde há um vínculo ou laço de afeição; a **Ligação mãe/filho**, que é a ligação com o prestador de cuidados - criança, em que existe um estabelecimento de uma relação próxima entre mãe/pai e a criança; a **Ligação Prestador de Cuidados**, com a criança efetiva em que existe o estabelecimento de uma relação próxima entre o prestador de cuidados e a criança; por fim a **Vinculação**, que surge conjuntamente com a parentalidade, em que há uma ligação entre a criança e mãe e/ou pai, a formação de laços afetivos.

Silva (2006) no seu estudo aborda vários autores que mencionam o tema da vinculação como sendo essencial ao desenvolvimento da relação RN/pais e à importância do estabelecimento deste vínculo afetivo logo desde o período pré-natal. O estabelecimento do vínculo é “a primeira relação humana de uma criança como pedra fundamental sobre a qual se edifica a sua personalidade” (Silva, 2006).

Silva (2006) faz referência a Brazelton e Gomes-Pedro que defendem que dada a complexidade da vinculação, esta é dividida em três níveis: pré-natal, perinatal e pós-natal, cada nível com a sua importância. Por todos estes motivos cabe aos profissionais de saúde estar atentos ao ambiente e ser facilitadores deste enlace. Na vinculação pós-natal é de grande importância a interação entre pais e RN, o contato precoce pode ser crucial para o reconhecimento entre eles e quando fica estabelecida esta relação, os pais interagem mais com os seus filhos, ficam mais empenhados nos cuidados aos mesmos.

A mesma autora refere ainda que é através dos cuidados prestados ao RN e das estimulações sensoriais que são despertadas pela interação entre ambos e dentro de uma certa realidade cultural e familiar, que os laços de vinculação são formados e que o RN estabelece as primeiras relações com o ambiente que o rodeia, pois é nele que se desenvolve psicologicamente e culturalmente. Assim sendo, os pais de RN prematuros ou doentes sentem-se intimidados com todo o ambiente de uma Unidade de Cuidados Neonatais, onde surge um sentimento de impotência por parte destes, por esse motivo cabe aos enfermeiros demonstrar a importância da permanência e participação dos pais nos cuidados, mostrando ser benéfica tanto para o bebé como para os pais. Estes devem estar cientes de que é uma situação temporária e que mais tarde assumirão os cuidados do seu filho em casa (Silva, 2006).

Rodrigues (2010) realça a importância da vinculação nos RN prematuros, uma vez que o nascimento antecipado obriga a um início precoce deste processo. Em virtude das suas características próprias, essencialmente pelos cuidados especiais que um prematuro necessita, surgem dificuldades no estabelecimento desta relação. Nestes casos, aquando da alta, os pais são confrontados com o afastamento da tecnologia e dos profissionais de saúde, podendo surgir medo e insegurança. Cabe aos enfermeiros transmitirem sentimentos de confiança a estes pais para que no domicílio se sintam capazes e seguros.

Os pais devem ser estimulados a envolverem-se nos cuidados, a pegar ao colo, a amamentar e a dar carinho, tornando-se mais seguros e confiantes no seu papel, à medida que vão conhecendo o bebé e aprendendo os seus sinais. Após esta vinculação o RN começa a responder também com estímulos, o que faz com que haja uma interação no relacionamento entre ambos, estabelecendo deste modo o processo de vinculação.

Couto e Praça (2009) no seu estudo referem estratégias favorecedoras do vínculo mãe-filho que vão desde a inclusão dos pais nos cuidados ao RN mediante a participação destes em grupos de apoio oferecidos pela unidade de saúde. Uma das iniciativas de preparação dos pais para a alta do RN faz-se através de materiais educativos como panfletos, que são elaborados pela equipa de saúde e pelos pais. Referem ainda a necessidade do incentivo à visita dos familiares e irmãos do RN assim como o contato pele a pele entre o RN e o cuidador de forma a favorecer o vínculo, diminuir a ansiedade e dar segurança aos cuidadores.

Para estes autores o sucesso do tratamento de um RN internado numa unidade neonatal não é só determinado pela sua sobrevivência e preparação da alta, mas também pela construção de vínculos que irão garantir a continuidade dos cuidados no domicílio.

Segundo Couto e Praça (2009) o Método Canguru é uma das principais formas de promover a vinculação entre o RN e os cuidadores. Eles fazem referência ao conceito adotado pelo Brasil, Ministério da Saúde (2011) a este método, sendo ele

um tipo de assistência neonatal que implica um contato pele a pele o mais cedo possível entre os pais e o RN, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, promovendo autonomia e competência parental a partir do suporte da equipe, da interação familiar e de redes sociais.

A Secção de Neonatologia faz referência ao Método Canguru, que vem sendo utilizado cada vez mais nas unidades de cuidados neonatais, com resultados positivos. Este método vai permitir um contato pele a pele com a mãe/pai, permitindo assim um maior envolvimento no cuidado ao RN. Com esta prática: promove-se o vínculo afetivo e diminui-se o tempo de separação; existe maior regulação térmica da criança; diminui a taxa de infeções hospitalares; diminui o tempo de internamento; promove-se a confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho e estimula-se o aleitamento materno.

A vinculação é uma necessidade de estabelecer relações, contato e laços emocionais entre o RN e toda a família. Esta não é inata, por isso cabe ao enfermeiro promover os meios necessários para o seu desenvolvimento enquanto o RN está internado.

- **Parentalidade**

Em linguagem CIPE (Versão 2, 2011, p. 66) a **Parentalidade** diz respeito ao tomar conta, ao assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai, em que os comportamentos são destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar, em otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, onde tem de haver uma interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequado ou inadequados.

O **Papel Parental** assume-se como o papel de membro da família em interagir de acordo com as responsabilidades de ser pai ou mãe:

Internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação á promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.

Segundo a SN o papel parental desenvolve-se em cada pessoa a ritmos diferentes, pelo que não se deve deixar que sentimentos mais negativos dominem os pais.

Inicialmente o RN necessita mais de cuidados médicos e nesta fase os cuidadores sentem-se mais receosos, mas à medida que o tempo passa, com encorajamento e incentivo na prestação dos cuidados pelos pais, estes vão-se sentindo mais confiantes. A atuação do enfermeiro neste âmbito é de promover a satisfação das necessidades básicas do RN que poderão ser realizadas pelos pais, bem como as relações afetivas, as de proteção e de segurança. Deve ser referido aos pais que apesar do RN estar numa incubadora pode ser tocado, acarinhado com voz calma, pois ele sente a sua presença.

A SN recomenda a participação dos pais nos cuidados, uma vez que ajudará a desenvolver competências que contribuirão para o sucesso do processo de preparação para a alta e o regresso a casa, valorizando o papel do pai (homem) como sendo tão importante como o da mãe em todo este processo de desenvolvimento.

Segundo Lopes, Catarino e Dixe (2010) o apoio na parentalidade positiva é um desafio para a enfermagem pois visa capacitar os pais para os três primeiros anos de vida da criança. Estes autores referem que a parentalidade positiva constitui um conjunto de funções, definidas por comportamentos e valores parentais, que são atribuídos aos pais para educarem e cuidarem dos seus filhos. A relação entre estes deve basear-se em trocas afetivas em que não deve haver atitudes punitivas, violentas e de rejeição por parte do educando.

Segundo o “Council of Europe”, mencionado pelos autores supracitados, a compreensão do desenvolvimento da criança, a promoção da aprendizagem parental e o potencial de desenvolvimento da criança são áreas em que os pais necessitam de apoio para empreenderem o seu papel e as suas responsabilidades, é em todo este processo que o enfermeiro tem um papel vital, pois é nesta área que muitas vezes os pais são confrontados com a insegurança na falta de conhecimento. É aqui que se torna fundamental uma abordagem por parte do enfermeiro, de apoio positivo e baseado no potencial dos pais, nos seus pontos fortes para promover a saúde e um correto desenvolvimento da criança. Assim, deve ser explicada aos pais a importância da adoção de comportamentos positivos, a promoção da sensibilização ao choro e solicitações da criança através de respostas com afeto, positivas e assertivas. Os pais devem ser preparados/ensinados a compreenderem e responderem positivamente às necessidades quer físicas, quer emocionais da criança.

De referir que estes autores lembram que de todos os profissionais de saúde é o enfermeiro que tem uma posição de destaque pela proximidade com os pais e porque a parentalidade é um foco de enfermagem (Broedsgaard e Wagner, 2005, p. 43).

Para uma melhor compreensão dos cuidados, Rodrigues (2010, p. 83) agrupou-os em Dimensões de Competências Parentais:

- *Dimensão 1*: Prestar cuidados de higiene e conforto ao RN, que reúne as necessidades eliminação; vestir e despir; estar limpo, cuidado e proteção dos tegumentos.
- *Dimensão 2*: Alimentar o RN, que abarca a necessidade beber e comer.
- *Dimensão 3*: Sono e repouso do RN que engloba a necessidade dormir e repousar.
- *Dimensão 4*: Temperatura do RN que diz respeito à necessidade de manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais.
- *Dimensão 5*: Proteção dos perigos relativamente ao RN que junta a necessidade evitar os perigos, manter uma postura correta e respiração.
- *Dimensão 6*: Competências e estimulação do RN que engloba as necessidades comunicar com os seus semelhantes, agir segundo as suas crenças e valores, ocupar-se com vista à sua realização, recrear-se e aprender.

- **Problemas comuns do RN**

A SN defende que ao longo do internamento devem-se referir alguns problemas comuns, como as cólicas que criam tanta ansiedade aos pais, a obstipação, os soluços e dar conhecimento aos pais de sinais de alerta de eventuais situações em que tenham que recorrer a serviços médicos, identificando sinais de alarme tais como a recusa alimentar, o gemido, a icterícia generalizada, a prostração, a dificuldade respiratória, a febre e os vômitos.

Com base nos tópicos definidos e recomendações, e uma vez identificados os problemas, procede-se à planificação e implementação dos cuidados e ensinamentos aos pais, numa sequência lógica do processo de enfermagem. Uma vez implementado o plano, é fundamental a sua avaliação para verificar por um lado a evolução da aprendizagem e destreza na execução dos cuidados e por outro a adequação dos métodos utilizados.

2.2.3. Avaliação dos cuidados/ensinos aos pais

Qualquer ação de enfermagem está sujeita a avaliação. As intervenções referentes aos ensinos de preparação dos pais para a alta do RN não são exceção.

Avaliar segundo a CIPE (Versão 2, 2011, p. 95) é “*estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa*”, podendo-se também considerar como “*Determinar: Processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objetivos estabelecidos foram atingidos*”.

A avaliação é feita continuamente ao longo das várias etapas, permitindo a atualização do plano e reconhecer quando foi obtida a autonomia dos pais na prestação de determinado cuidado.

Todo o processo de autonomia e desenvolvimento do exercício da parentalidade exige uma aprendizagem gradual descrita por Rodrigues (2010, p. 62), como ocorrendo em três níveis:

1. O enfermeiro executa os cuidados ao RN, explicando o que faz e porquê, enquanto os pais assistem;
2. Os pais participam nos cuidados ao RN com o auxílio do enfermeiro;
3. Os pais executam os cuidados ao filho com supervisão do enfermeiro.

A definição de parâmetros de avaliação permite verificar qual o nível de aprendizagem em que os pais se encontram, quais são as dificuldades e onde devem incidir os ensinos. Com base nestas premissas e nas recomendações de Silva (2006) definiram-se os parâmetros de avaliação para cada tópico de ensino, como apresentado no quadro 2.

Quadro 2 - Parâmetros de avaliação

Parâmetros de avaliação	
Ensino	Parâmetros
<p>Banho</p> <p>Pele</p> <p>Cordão umbilical</p>	<p>Técnica do Banho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparação previa do material - Temperatura ambiente - Utilização de banheira ou recipiente adequado - Utilização de esponja macia - Temperatura da água - Imersão do RN na água - Sequência do banho - Posição como segura o RN durante o banho - Cuidados à face do RN (olhos, nariz, ouvidos) <p>Produto a usar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produtos com características adequadas <p>Cuidados ao Coto Umbilical:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpeza do cordão e área circundante <p>Cuidados à Região perineal e peri-anal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proceder à limpeza dos genitais se a fralda estiver suja - Higiene dos genitais nas meninas de cima para baixo - Colocação de creme em camada fina
<p>Amamentação</p>	<p>Técnica da Mamada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posição da Mãe - Posição do RN - Adaptação do RN à mama (Sinais de boa Pega) - Retirada da mama da boca do RN - Ambiente envolvente <p>Cuidados com as Mamas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados antes da mamada - Cuidados após a mamada - Utilização de soutiens apropriados - Cuidados específicos face à presença de problemas <p>Posições de Eructação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilização de uma das posições correctas que facilitam a eructação do RN

Parâmetros de avaliação	
Ensino	Parâmetros
Aleitamento Artificial	<p>Manuseamento de Biberões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnica correcta - Higiene previa das mãos <p>Preparação do Leite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de leite - Nº de medidas de leite / quantidade de água correcta - Verificação da temperatura do leite - Verificação do orifício da tetina <p>Técnica da Mamada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptação da boca do RN à tetina - Inclinação do biberão - Posição da mãe - Posição do RN - Ambiente envolvente <p>Posições de Eructação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilização de uma das posições correctas que facilitam a eructação do RN
Segurança	<p>Posicionamento correto</p> <p>Características do vestuário:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características dos tecidos das roupas - Roupa adequada à estação do ano - Modelo das roupas <p>Acessórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de acessórios nos pais e RN (fios, anéis, pulseiras) <p>Uso correto do SRC</p>
Vinculação	<p>Percepção do RN pelos Pais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O RN volta a cabeça em direcção à voz dos pais - O RN aprecia o contacto corporal <p>Interação Pais - RN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação Pais - RN nos três momentos observados (aleitamento, banho e higiene e vestir do RN) - Tom de voz dos Pais - Tipo de movimentos (suaves / bruscos; lentos / rápidos)

Parâmetros de avaliação	
Ensino	Parâmetros
Vinculação	<ul style="list-style-type: none"> - Seguram confortavelmente o RN - Estabelecem contacto visual - Sorriem para o RN - Compreendem o significado do choro do RN - O RN aprecia o contacto corporal <p>Sinais e Sintomas de depressão pós-parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade - Irritabilidade - Autoimagem / Autocuidado - Expressão facial - Labilidade emocional - Relação conjugal - Relações familiares <p>Estimulação verbal e tátil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importância do toque - Estimulação auditiva <p>Estimulação através da pele - Método Canguru</p>
Parentalidade	<p>Envolvimento dos outros membros da família nuclear:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptação ao papel parental - Prontidão ao choro - Respeito pelo ciclo de sono/vigília <p>Envolvimento da família alargada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptação ao novo elemento da família

Adaptado de: Silva, Ana (2006). CUIDAR DO RECÉM-NASCIDO - O ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS. Universidade Aberta de Lisboa

A avaliação da compreensão e apreensão dos ensinamentos e da evolução da aprendizagem deve ser realizada constantemente pela equipa de enfermagem, através da atualização do plano de cuidados e do registo adequado de todas as intervenções, de forma a gerir corretamente a informação veiculada por esses registos.

Pinto (2009, p. 43) refere que “(...) se a enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam de ter o conhecimento e a capacidade para gerir adequadamente a

informação e para aplicar a tecnologia de informação de forma inteligente, na sua atividade de cuidar”.

2.3. REGISTOS DE ENFERMAGEM

Para Figueiroa-Rêgo (2003, p.39) **registar** em enfermagem, é a ação de colocar por escrito factos (dados interpretados) relacionados com a pessoa/indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem. Mais referem que, a finalidade da existência de registos/documentação de enfermagem, para além da obrigação legal que eles acarretam, é *“promover a continuidade dos cuidados; produzir documentação dos cuidados; possibilitar a avaliação dos cuidados; facilitar a investigação sobre os cuidados; otimizar a gestão dos serviços”.*

Segundo Martins et al. (2008), a importância dos registos de enfermagem é atualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados pois destaca a sua função de comunicação resultante do todo o processo de cuidar. Sendo que na profissão de enfermagem o ser humano é o alvo de toda a ação, torna-se imperativo construir uma linguagem em que este elemento esteja bem visível.

Estes autores referem que desde Nightingale até à atualidade (CIPE), os registos têm vindo a assumir-se como essenciais e indispensáveis. Uma vez que é impossível o enfermeiro estar presente 24 horas, dia após dia junto do cliente, é necessário encontrar formas de comunicação que permitam a continuidade no cuidar.

Até mesmo o sistema de avaliação do desempenho da carreira de enfermagem, faz referência aos registos, mais concretamente no Decreto- Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, no Artigo 19º, nº2, que considera existir deficiente desempenho se houver *“incumprimento do dever de registo sistematizado dos cuidados de enfermagem prestados.”*

Martins et al. (2008) referem que é através do registo de todas as intervenções de enfermagem, que se pode contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e dar visibilidade à enfermagem junto do cliente e família. Se enquanto enfermeiros, queremos dar autonomia à nossa atividade profissional, então teremos de agir não por intuição ou por indicação médica, mas sim através de registos eficazes que promovam a investigação científica.

Neste sentido, é de ressaltar que a informação presente nos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) pode fornecer indicadores que sirvam para uma reflexão sistemática sobre as práticas. Com a produção de indicadores e sua análise, poder-se-á

promover estratégias de melhoria contínua da qualidade e aproveitar a oportunidade para refletir a prática, a partir da informação válida extraída da documentação de enfermagem (Pinto, 2009). Ao utilizar o SIE, o enfermeiro tem por base um suporte legal para os cuidados prestados, dá visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde, nomeadamente para os ganhos em saúde das populações, facilita a gestão e formação; promove a investigação e a continuidade nos cuidados (Sousa, 2006, p.42).

A OE tem sido o grande mentor do SIE e em 2007 definiu um conjunto de normas, incluindo no que respeita a resumo mínimo de dados:

A. no que se refere ao Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), integrado no Sistema Nacional de Informação de Saúde, e considerando o potencial dos registos de enfermagem, tal sistema deverá possibilitar a gestão da informação em qualquer ponto do contínuo “máximo / mínimo” de dados e a produção de conhecimento.

B. Tendo em vista maximizar o potencial dos registos eletrónicos de saúde, designadamente a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparabilidade a nível local, regional, nacional e internacional e, ainda, os requisitos de uma prática cada vez mais baseada na evidência, o sistema de informação e os registos eletrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

C. As aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitirem a documentação da prática de enfermagem, tendo em vista as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados (legais, éticas, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação, visibilidade dos atos de enfermagem praticados) e, além disto, devem contemplar a reengenharia e a inovação dos registos eletrónicos de enfermagem, por forma a garantir o desenvolvimento, a descrição e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática.

D. Dada a importância e o potencial que atualmente se atribuem a e reconhecem nos Resumos Mínimos de Dados de Saúde, em geral, e nos de enfermagem, em particular, a diferentes níveis e para diferentes propósitos e utilizadores – designadamente, a qualidade e continuidade de cuidados, produção automática de diversos indicadores, a tomada de decisão, a formação e a investigação –, os registos eletrónicos de enfermagem devem possibilitar a otimização de tais potenciais, incluindo a determinação da intensidade de cuidados através da incorporação integrada de sistemas de classificação de utentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem, ou outros.

Este refere que a conceção de modelo de dados deve englobar quatro entidades principais: a avaliação inicial, os dados referentes aos diagnósticos de enfermagem, os dados referentes ao *status* dos diagnósticos (isto é, objetivos / resultados esperados), as intervenções de enfermagem e a avaliação sistemática dos resultados / da evolução do cliente. De salguardar que em qualquer momento deverá ser possível adicionar novas intervenções, quer pela prescrição médica, quer pela prescrição de enfermagem e assim proceder ao planeamento de cuidados para um determinado período de tempo/internamento (turno, dia, etc.).

A OE (OE SIE, 2007) cita seis aspetos principais do modelo de SIE:

1. *A CIPE como referencial de linguagem no SIE;*
2. *A possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados;*
3. *A articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada;*
4. *A organização das intervenções de enfermagem a implementar;*
5. *A integridade referencial entre diagnósticos, status, intervenções, dados da observação / vigilância do cliente e os resultados face aos diagnósticos de enfermagem;*
6. *A capacidade de resposta a resumos mínimos de dados de enfermagem.*

A importância da CIPE no SIE tem a ver com a linguagem utilizada na prática pelos enfermeiros que deve ser comum, devendo proceder à descrição dos cuidados prestados.

O SIE torna-se um instrumento fundamental na prática diária de prestação de cuidados face à melhoria contínua da qualidade, baseada na reflexão sobre a ação, bem como no reconhecimento de novas oportunidades de aprendizagem.

Segundo a OE (OE SIE, 2007) o modelo de SIE deverá adotar os processos inerentes ao conceito de “Processo de Enfermagem”, sendo eles: avaliação inicial, diagnóstico, identificação de resultados, planeamento de cuidados, implementação e avaliação (Associação Americana de Enfermeiros, 1998).

O SIE deve assumir que cada intervenção prescrita pelo enfermeiro diz respeito ao conjunto de diagnósticos de enfermagem dados como ativos e não a um particular, pois só assim se poderá evitar a duplicação das intervenções de enfermagem que digam respeito a mais do que um diagnóstico.

Uma vez que a OE promove a melhoria contínua da qualidade de cuidados, após os dados serem incorporados no SIE, utilizando uma linguagem comum (CIPE) e identificando o *status* dos diagnósticos de enfermagem, promove-se a produção automática de

indicadores de resultado. Da mesma forma que a utilização de intervenções de enfermagem permite a produção de indicadores de processo.

Este documento revela ainda que o SIE deverá garantir a produção automática de classificações de doentes para determinação da intensidade de cuidados, designadamente o Sistema de Classificação de Doentes por Níveis de Dependência em Cuidados de Enfermagem em Contexto Hospitalar, com o objetivo de promover o cálculo da intensidade da carga de trabalho dos enfermeiros. Deverá permitir a obtenção de dados de enfermagem que promovam a continuidade de cuidados em qualquer contexto de cuidados de saúde (como por exemplo a carta da alta / transferência).

A OE recomenda que todo o processo deve-se iniciar inserindo os diagnósticos de enfermagem identificados, começando por definir o foco envolvido (usando a CIPE); em seguida definir o *status* do diagnóstico / dos objetivos / dos resultados esperados; prescrever as intervenções de enfermagem (utilizando os conteúdos parametrizados e/ou adicionando novas intervenções); não esquecendo que a cada intervenção prescrita é possível a adição de texto livre que clarifique os aspetos que o enfermeiro entender adequados.

Cunha e Mota (2006), referem-se ao SAPE como sendo um sistema de informação em Enfermagem, cujo suporte informático foi desenvolvido pelo Instituto de Gestão Financeira da Saúde, com o objetivo de possibilitar a informatização dos registos de Enfermagem efetuados nas Unidades de Saúde.

O SAPE visa permitir

o acesso e partilha de informação, relativamente aos clientes, entre as diversas instituições. Esta comunicação só se torna possível se todos atribuírem os mesmos significantes aos mesmos significados (...). A conceção do SAPE teve como ponto de partida a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). (Cunha e Mota, 2006, p. 2).

Como descreve Pinto (2009), é no SAPE que é registado todo o processo de enfermagem através da linguagem CIPE. Inicia-se o registo com a identificação dos fenómenos definidos na parametrização de cada serviço, passando depois á atribuição do *status* com vista à construção do diagnóstico de enfermagem, dentro do qual se define o foco de atenção das intervenções de enfermagem.

Este sistema de informação foi adotado por várias instituições hospitalares. A «Parametrização» dos dados ficou ao cuidado de cada serviço das instituições que aderiram ao SAPE. Cada serviço fez o levantamento dos focos e a atribuição do respetivo *status*, o que permitiu a construção dos diagnósticos de enfermagem e consequentemente o levantamento das intervenções a executar (Pinto, 2009, p. 50), seguindo o preceito de

registo da atuação de enfermagem segundo a linguagem CIPE de forma a haver uma uniformização dos registos. Estes passam pela definição de um **Status**, que segundo a linguagem CIPE é referido como uma “*condição da pessoa relativamente a outras, posição relativa de uma pessoa*” (CIPE, Versão 2, 2011, p. 76). Segundo a Infopédia, *Status* é uma condição, circunstância ou estado em que se encontra algo ou alguém num determinado momento. Assim, no caso concreto de preparação dos pais para a alta do RN, deve ser definido se estes têm conhecimento demonstrado ou não acerca do ensino em questão.

O registo das intervenções realizadas na preparação dos pais/cuidadores para a alta do RN em linguagem CIPE é definido através de várias ações:

Ensinar - *Informar: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde.*

Instruir - *é um tipo de Ensinar com as características específicas: Dar a alguém informação sistematizada sobre como fazer alguma coisa.*

Treinar - *Instruir: Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa.*

Supervisionar - *Monitorizar: Inspeccionar o progresso de alguém ou alguma coisa*

Incentivar - *Promover: Levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade.*

Promover - *Assistir: Ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa.*

Planear - *Coordenar: Ponderar a, ordenar e organizar previamente alguma coisa.* (CIPE, Versão 2, 2011, pp. 96- 97 e pp. 99-100).

Na prestação de cuidados e especificamente no âmbito da preparação para a alta, existem temáticas de abordagem mais teórica onde se incluem as intervenções no âmbito do **Ensinar**, respeitantes a aspetos de segurança; vacinação; desenvolvimento infantil; diagnóstico precoce; parentalidade; sono e vinculação. Outras exigem uma abordagem mais prática, compreendendo as intervenções no âmbito do **Ensinar, Instruir, Treinar e Supervisionar** os cuidados diretos ao RN relativos ao banho; amamentação; posicionamento; cuidados com a pele; preparação de leite adaptado/cuidado com os materiais; cuidados ao coto umbilical e limpeza das vias aéreas.

Quer os ensinamentos sejam mais práticos, quer sejam mais teóricos, é necessário que os cuidados sejam devidamente definidos, prestados de acordo com as recomendações documentadas na literatura e para cada um, devem ser determinados os respetivos parâmetros de avaliação e de registo. Os pontos anteriores já foram documentados, os parâmetros de registos são apresentados no quadro 3.

Quadro 3 - Parâmetros de registro

Parâmetros de registro			
Ensino	Foco	Status	Intervenções
Banho	Tegumento	Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido Demonstrado / Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar os pais sobre técnica de banho •Instruir sobre técnica de banho •Treinar técnica de banho •Supervisionar técnica de banho
Pele		Conhecimento dos pais sobre alteração dos tegumentos Demonstrado / Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar os pais sobre alteração dos tegumentos •Ensinar os pais sobre tratamento dos tegumentos •Ensinar os pais sobre troca da fralda •Ensinar os pais sobre técnica de massagem •Instruir sobre alteração dos tegumentos •Instruir sobre tratamento dos tegumentos •Instruir sobre troca de fralda •Treinar cuidados à pele •Treinar troca de fralda •Treinar pais sobre técnica de massagem •Supervisionar cuidados à pele •Supervisionar troca de fralda
Cordão Umbilical	Infeção	Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical Demonstrado / Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical •Instruir sobre cuidados ao coto umbilical •Treinar cuidados ao coto umbilical •Supervisionar cuidados ao coto umbilical

Parâmetros de registo			
Ensino	Foco	Status	Intervenções
Limpeza das vias aéreas	Limpeza das vias aéreas	<p>Conhecimento dos pais sobre limpeza das vias aéreas</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar o prestador de cuidados sobre limpeza das vias aéreas •Instruir o prestador de cuidados sobre limpeza das vias aéreas •Treinar o prestador de cuidados sobre limpeza das vias aéreas
Amamentação	Amamentação	<p>Conhecimento da mãe sobre lactação</p> <p>Demonstrado / Não Demonstrado</p> <p>Conhecimento da mãe sobre amamentação</p> <p>Demonstrado / Não Demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar a mãe sobre sinais de fome do RN •Ensinar a mãe sobre técnica de extração de leite •Ensinar a mãe sobre técnica de amamentação segundo procedimento •Ensinar a mãe sobre recolha, conservação e transporte de LM •Ensinar a mãe sobre relação entre amamentação/vinculação •Incentivar a amamentação •Incentivar a mãe a estimular a lactação •Instruir mãe sobre exercícios de exteriorização do mamilo •Instruir mãe sobre técnica de amamentação •Instruir mãe sobre técnica de extração de leite •Treinar a amamentação •Supervisionar técnica de amamentação

Parâmetros de registo			
Ensino	Foco	Status	Intervenções
Aleitamento Artificial	Ingestão Nutricional	<p>Conhecimento dos pais sobre preparação de leite adaptado</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre administração de leite adaptado</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre esterilização dos equipamentos para alimentação com leite adaptado</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar os pais sobre sinais de fome do recém-nascido •Ensinar os pais sobre sinais de ingestão alimentar insuficiente •Ensinar os pais sobre técnica de preparação de leite artificial •Ensinar os pais sobre técnica de alimentação por biberão •Ensinar os pais sobre esterilização de equipamentos inerentes à alimentação do recém-nascido •Instruir sobre técnica de preparação de leite artificial •Instruir sobre técnica de alimentação por biberão •Treinar preparação de leite artificial •Treinar técnica de alimentação por biberão •Supervisionar preparação de leite artificial •Supervisionar alimentação por biberão

Parâmetros de registo			
Ensino	Foco	Status	Intervenções
Segurança	Segurança	Conhecimento dos pais sobre posicionamento do RN Demonstrado / Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar os pais sobre posicionamento do recém-nascido •Instruir sobre técnica de posicionamento •Treinar técnica de posicionamento •Supervisionar posicionamento
		Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes Demonstrado / Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes •Ensinar os pais sobre vestuário do recém-nascido
		Conhecimento dos pais sobre prevenção rodoviária Demonstrado / Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar os pais sobre medidas de segurança no transporte do recém-nascido •Treinar os pais sobre posicionamento na cadeira de transporte
Desenvolvimento Infantil	Desenvolvimento Infantil	Conhecimento dos pais sobre Desenvolvimento Infantil Demonstrado / Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar os pais sobre competências do RN •Ensinar os pais sobre consultas de vigilância infantil •Ensinar os pais a consultar o BSIJ
		Conhecimento dos pais sobre consulta do BSIJ Demonstrado / Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> •Treinar os pais nos cuidados
Choro	Chorar	Conhecimento dos pais sobre características do choro Demonstrado / Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar sobre características do choro •Ensinar sobre causas do choro •Ensinar sobre atuação perante o choro •Ensinar técnicas de relaxamento
Sono	Sono	Conhecimento dos pais sobre perturbação do sono do RN Demonstrado / Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar sobre sono •Ensinar os pais a promover hábitos de sono •Ensinar os pais a gerir o ambiente físico •Ensinar os pais a respeitar o ciclo de sono do RN

Parâmetros de registo			
Ensino	Foco	Status	Intervenções
Diagnóstico Precoce	Metabolismo	Conhecimento dos pais sobre Diagnóstico Precoce Demonstrado / Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar os pais sobre o Diagnóstico Precoce •Ensinar os pais sobre técnica de colheita de sangue para Diagnóstico Precoce •Oferecer aos pais folheto sobre Diagnóstico Precoce
Vacinação	Infeção	Conhecimento dos pais sobre Vacinação Demonstrado / Não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar os pais sobre o Calendário Vacinal •Ensinar os pais sobre forma de consulta de programa de vacinação no BSIJ •Instruir os pais sobre instituição para realizarem o programa de vacinação ao RN •Incentivar adesão à vacinação
Vinculação	Vinculação	<p>Conhecimento dos pais sobre Vinculação Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre cuidados ao RN Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre técnica do canguru Demonstrado / Não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Ensinar os pais na prestação de cuidados ao filho •Ensinar os pais sobre técnica do canguru •Instruir sobre técnica do canguru •Incentivar os pais na prestação de cuidados ao filho •Promover o envolvimento da família •Promover contato entre pais e filho pelo método canguru •Treinar técnica do canguru •Treinar os pais na prestação de cuidados ao filho

Parâmetros de registo			
Ensino	Foco	Status	Intervenções
Parentalidade	Parentalidade	<p>Conhecimento dos pais sobre Parentalidade</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre a filosofia do serviço</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre cuidados ao recém-nascido</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre serviços de saúde e apoio na comunidade</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a comunicação expressiva de emoções • Incentivar os pais para a prestação de cuidados ao filho • Informar os pais sobre filosofia do serviço • Ensinar os pais sobre vigilância de saúde após alta hospitalar • Ensinar os pais para a prestação de cuidados ao filho • Treinar os pais para a prestação de cuidados ao filho • Promover o envolvimento da família • Elogiar o envolvimento da família

Parâmetros de registo			
Ensino	Foco	Status	Intervenções
Parentalidade	Parentalidade	<p>Conhecimento dos pais sobre Parentalidade</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre a filosofia do serviço</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre cuidados ao recém-nascido</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre serviços de saúde e apoio na comunidade</p> <p>Demonstrado / Não demonstrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar comportamento da mãe durante a hospitalização: <ul style="list-style-type: none"> - Coloca questões sobre o estado de saúde do filho (incentivado/espontâneo) - Toca no filho com a ponta dos dedos (incentivado/espontâneo) - Toca no filho com toda a mão e percorre todo o seu corpo (incentivado/espontâneo) - Fala com o filho (incentivado/espontâneo) - Pega o filho ao colo (incentivado/espontâneo) - Faz contacto pele a pele com o filho através da técnica do canguru (incentivado/espontâneo) - Troca a fralda ao filho (incentivado/espontâneo) - Posiciona o filho (incentivado/espontâneo) - Participa na alimentação ao filho (incentivado/espontâneo) - Mãe recusa contacto com o filho - Mãe autónoma nos cuidados ao filho

Parâmetros de registo			
Ensino	Foco	Status	Intervenções
Parentalidade	Parentalidade	Conhecimento dos pais sobre Parentalidade	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar comportamento do pai durante a hospitalização - Coloca questões sobre o estado de saúde do filho (incentivado/espontâneo) - Toca no filho com a ponta dos dedos (incentivado/espontâneo) - Toca no filho com toda a mão e percorre todo o seu corpo (incentivado/espontâneo) - Fala com o filho (incentivado/espontâneo) - Pega o filho ao colo (incentivado/espontâneo) - Faz contacto pele a pele com o filho através da técnica do canguru (incentivado/espontâneo) - Troca a fralda ao filho (incentivado/espontâneo) - Posiciona o filho (incentivado/espontâneo) - Participa na alimentação ao filho (incentivado/espontâneo) - Pai recusa contacto com o filho - Pai autónomo nos cuidados ao filho
		Demonstrado / Não demonstrado	
		Conhecimento dos pais sobre a filosofia do serviço	
		Demonstrado / Não demonstrado	
Conhecimento dos pais sobre cuidados ao recém-nascido	Demonstrado / Não demonstrado		
Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde	Demonstrado / Não demonstrado		
Conhecimento dos pais sobre serviços de saúde e apoio na comunidade	Demonstrado / Não demonstrado		

Apesar da premissa já referenciada de que a preparação para a alta começa com o acolhimento do RN na unidade neonatal, existe de facto o momento da alta hospitalar, que culmina com a saída do RN e dos seus pais para o domicílio. O período imediato que antecede a alta e a alta propriamente dita estão sujeitos a recomendações específicas, e devem ser preparadas, uma vez mais, em parceria com a família.

2.4. PREPARAR COM A FAMÍLIA O MOMENTO DA ALTA DO RN

A Ordem dos Enfermeiros, em 2001, definiu padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem e entre outros, preconiza que o planeamento da alta deve ser realizado de acordo com as necessidades do cliente/família, em que o ensino, a instrução e o treino visam a autonomia nos cuidados.

A parceria nos cuidados permite aos pais o desenvolvimento de competências, diminuição da ansiedade e por conseguinte o conhecimento necessário para o cuidado ao filho, para que desta forma no momento da alta eles se sintam seguros e autónomos. Quando a mãe se depara com a necessidade de ter que cuidar do seu filho, tem o mesmo sentimento das mães cujos filhos não estiveram internados na unidade neonatal, ou seja o receio de pegar, tocar, amamentar, das primeiras experiências. É aqui que começa todo um processo de vínculo afetivo e compete à equipa de enfermagem incentivar e favorecer situações que permitam aos pais participar nos cuidados, por forma a promover esse vínculo e aumentar o nível de segurança dos pais enquanto cuidadores.

A alta hospitalar é sempre um momento de grande expectativa e com vários sentimentos à mistura. A equipa de saúde deve estar atenta e munida de paciência, organização, conhecimentos e competência para auxiliar e orientar os pais neste processo de transição, que é levar o seu filho para casa. Um planeamento eficaz da alta assegura que a continuidade dos cuidados no domicílio seja cumprida, atendendo às necessidades de cada RN.

A instrução antecipada dos pais para os problemas comuns do RN, os específicos de cada situação particular e as orientações respeitantes à vigilância de saúde, constituem cuidados antecipatórios de suma importância. No PNSIJ (Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil) é salientada a “Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde;” Assim deve ser promovido o “reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade e tornam possível que os pais e as famílias o assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-lo e promovê-lo.” (DGS Norma nº 010/2013, 2013)

Segundo Couto e Praça (2009) a preparação para a alta do RN deve fazer parte de um processo de orientação, não abrangendo somente os cuidados básicos mas também a informação e procedimentos necessários para situações de risco da criança em casa. Por este motivo, a preparação deve consistir na capacitação dos pais/cuidadores para a continuidade dos cuidados no domicílio. Os mesmos autores referem que uma vez definida a alta hospitalar, esta constitui um momento de ambiguidade para os pais expresso pela verbalização de sentimentos de felicidade, medo e insegurança.

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

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

Quer a OE (2010), quer a SN (Guimarães et al., 2007) preconizam a preparação do regresso a casa desde o início do internamento, de forma a facilitar a transição da criança para o domicílio, ou para outro nível de cuidados, garantindo sempre a qualidade e continuidade dos mesmos. É através de um planeamento adequado da alta que se confere segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar da criança.

A Secção de Neonatologia promove orientações específicas recomendando que:

- Deve ser explicada a alimentação e terapêutica do RN;
- O RN deve ser colocado na cadeira de transporte 30 minutos antes da alta, para a avaliação da função cardiorrespiratória;

- Deve-se avaliar os conhecimentos adquiridos pelos pais/cuidadores relativamente a: alimentação, higiene, deteção de sinais e sintomas de doença, medidas preventivas de Morte Súbita do Lactente, transporte seguro do RN;
- No dia da alta os pais devem receber o BSIJ, que deve estar devidamente preenchido, com uma cópia da informação clínica, com indicação de futuras consultas e problemas que ainda não tenham sido resolvidos. Deve ser referida a importância do boletim aos pais e que este deve acompanhar sempre o RN, quer nas consultas de seguimento quer em situação de urgência;
- Deve ser dada outra carta com a mesma informação clínica para o médico assistente e/ou médico dos Cuidados de Saúde Primários;
- Deve ser dada uma carta de enfermagem destinada à equipa de enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários da área de residência.

Destas recomendações e orientações emana o entendimento de que devem ser considerados outros aspetos na preparação da alta, para além do cuidado ao RN, tais como: a necessidade de apoio no domicílio, a capacitação dos pais sobre as necessidades do RN, documentação com informações várias e referência a redes de apoio e/ou outros serviços se necessário, adequando desta forma a preparação para a alta às características e necessidades individuais de cada criança/família/comunidade.

A capacidade de adequação a cada caso particular e a visão da família numa perspetiva holística identifica o enfermeiro não como um mero técnico, mas como um verdadeiro cuidador e educador, que tem de estar atento às necessidades globais da família, no sentido de as ajudar e capacitar para os cuidados. Nesta missão, o enfermeiro precisa de se instrumentalizar com conhecimentos empíricos de forma a orientar a sua intervenção, pelo que a existência de guias de boas práticas torna-se uma ferramenta imprescindível no exercício do cuidar.

3. GUIAS ORIENTADORES DA BOA PRÁTICA DE CUIDADOS

Os Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados começaram a desenvolver-se quando emergiu o conceito de prática baseada na evidência.

As recomendações da OE quanto à utilização de instrumentos de qualidade remetem para os Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados como documentos fundamentais, sobre os quais os enfermeiros devem assentar a sua atuação profissional, de acordo com as práticas recomendadas, tornando deste modo a sua intervenção mais segura, visível e eficaz.

Segundo a OE (OE Recomendações [OE], 2007, p. 4) o conceito de Boa Prática de Cuidados *“advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos”*.

Os guias de boas práticas são enunciados sistemáticos que têm em conta diversos parâmetros (legais, éticos, psicossociais e técnicos) e assentam tanto em avaliações, como em intervenções necessárias aos processos de cuidados e seus resultados (OE, 2007). A sua existência permite o acesso a informação fiável e atualizada sobre procedimentos ou intervenções que exijam a atuação de um profissional do cuidar.

A OE (2007) refere que para a elaboração de um Guia Orientador da Boa Prática de Cuidados sobre um determinado tema tem de ser considerada a sua pertinência, questionando a necessidade de alterar alguma prática nos cuidados: porque interfere no bem-estar do cliente, porque é uma preocupação dos mesmos ou porque é uma inquietação dos profissionais da área.

Uma vez avaliada a importância e pertinência para a prática, é necessário elaborar um guião. Segundo a OE (2007) existem várias etapas na elaboração de um Guia Orientador da Boa Prática de Cuidados:

- **Constituir um grupo de trabalho: deve ser constituído por elementos que possam contribuir com a sua prática profissional;**
- **Selecionar o assunto alvo da Boa Prática:** O tema deve ser pertinente, abrangente e corresponder às expectativas de profissionais e clientes;

- **Selecionar os métodos de evidência científica:** tendo por base a revisão sistemática da literatura sobre o tema em questão, que depois de selecionada e avaliada deve ser organizada para construir uma revisão bibliográfica de suporte ao Guia;
- **Redigir o documento sobre a Boa Prática:** deve-se ter em conta a apresentação-tipo e o conteúdo deve ser atual, sintetizado com linguagem acessível de forma a auxiliar a leitura;
- **Divulgar a Boa Prática recomendada:** deve-se incentivar a boa prática a todos os profissionais de acordo com o recomendado, monitorizar e registar as opiniões e reações;
- **Avaliar a utilização dos Guias Orientadores:** deve haver uma avaliação dos resultados, partilhada em reuniões interativas para discussão das práticas.

Para alcançar os objetivos a que se destina, o guia de boas práticas deve ser bem redigido e estruturado.

3.1. ESTRUTURA DO GUIA ORIENTADOR

Para a elaboração do Guia de Boas Práticas, a OE (OE, 2007, p. 6) aconselha uma estrutura organizativa que permita fácil consulta e perceção, elucidando “o quê”, “porquê”, “quem”, “onde” e “como” a boa prática deve ser observada/implementada nos seus domínios específicos. O Quadro 4 esquematiza a estruturação proposta pela OE.

Quadro 4 - Estrutura de apresentação dos conteúdos dos Guias Orientadores de Boas Práticas

SUMÁRIO	NOTAS EXPLICATIVAS
AUTORES	Grupo que elabora o Guia Orientador com indicação das respetivas categorias profissionais e instituição/serviço onde prestam funções
LOCAL	Local de origem do Guia Orientador (institucional, regional, nacional)
DATA	Data da elaboração/revisão/atualização. As datas determinam a validade e oportunidade dos Guias
TÍTULO	Alvo da Boa Prática, o qual será o mais preciso e abrangente possível

SUMÁRIO	NOTAS EXPLICATIVAS
<p>INTRODUÇÃO</p> <p>Conceitos</p> <p>Destinatários</p> <p>Finalidade/Objetivos</p> <p>Suporte Normativo (se existir)</p> <p>Reflexão Ética</p>	<p>Definições e conceitos implicados no domínio a tratar</p> <p>Grupo (s) coberto (s) pela Boa Prática</p> <p>Pertinência do domínio a tratar e o que se pretende com o Guia Orientador</p> <p>Diplomas legais, normas emitidas pela tutela ou normas institucionais implicadas no domínio</p> <p>Reflexão sobre a responsabilidade profissional, fatores influenciadores, valores e postulados que orientam a intencionalidade da Boa Prática naquele domínio específico</p>
<p>FUNDAMENTAÇÃO</p>	<p>Historial, resultados obtidos (estatísticos ou não) e conhecimentos atuais (background), facilitadores da abordagem à problemática em questão</p>
<p>ALGORITMO DE ACTUAÇÃO/PLANEAMENTO DE CUIDADOS</p>	<p>O algoritmo é uma representação gráfica, tipo fluxograma, da decisão sobre as opções clínicas a seguir, referenciando pontos-chave e apresentando a informação mais importante sumariada de forma a guiar a atuação.</p> <p>No entanto, dependendo do domínio a abordar, o algoritmo poderá não ser aplicável, podendo ser substituído por um plano de cuidados sumário, tipo check-list, sequenciando os momentos decisivos da prestação de cuidados.</p>
<p>PRINCÍPIOS GERAIS</p>	<p>Discussão da problemática em questão e enunciado dos pré-requisitos indispensáveis à atuação, que deverão estar subjacentes à aplicação da Boa Prática recomendada, com recurso a uma linguagem sintética e assertiva.</p>
<p>OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS (capítulo que pode ser subdividido)</p>	<p>Inclusão dos procedimentos inerentes à Boa Prática detalhada da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definição do procedimento e do que ele implica - Tipo de evidência científica que a sustenta - Indicações e contraindicações - Material / equipamento necessário para efetuar o procedimento com inclusão de instruções de montagem e regulações prévias, se se justificar - Ações a desenvolver, descritas passo a passo, e com sequência cronológica, devendo incluir todos os parâmetros a observar, assinalar, medir, efetuar, supervisionar, vigiar, se se justificar. - Eventuais complicações e riscos, incluindo potenciais efeitos secundários a prever - Previsão da revisão da linha orientadora

SUMÁRIO	NOTAS EXPLICATIVAS
QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	Proposta de eventuais estudos de investigação a levar a cabo no domínio em causa e que levem ao aprofundamento da Boa Prática recomendada, os quais devem incluir a utilização de critérios de qualidade que permitam avaliar as práticas, os resultados e a satisfação de clientes e profissionais. Por exemplo, pode centrar-se na melhoria dos níveis de evidência, na definição de conceitos e no domínio ético, entre outros aspetos
GLOSSÁRIO	Definição precisa e concisa, e referenciada de todos os termos implicados no domínio abordado e nos procedimentos recomendados, bem como a explicitação de eventuais abreviaturas utilizadas. Ter em conta que os termos usados incluídos na CIPE (V.1), devem ser adaptados.
BIBLIOGRAFIA	Referências bibliográficas utilizadas em toda a elaboração do Guia Orientador, bem como leituras recomendadas, se se justificar. As referências bibliográficas devem seguir uma única norma. Todas as imagens usadas devem ter indicação da fonte.
ANEXOS (capítulo que pode ser subdividido)	Inclusão de informações suplementares úteis para uma melhor compreensão da problemática abordada. Podem englobar uma grande diversificação de meios, tais como legislação, folhetos, quadros e mapas, gráficos, listagens variadas com indicação de instituições, grupos de apoio e organizações, suportes audiovisuais, entre muitos mais, mas que deverão ajudar a explicitar as práticas recomendadas

Fonte: RECOMENDAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DE GUIAS ORIENTADORES DA BOA PRÁTICA DE CUIDADOS, COMISSÃO DE FORMAÇÃO. Ordem dos Enfermeiros, Julho de 2007

3.2. FINALIDADE DO GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS

A existência do guia de boas práticas pretende orientar as práticas mas não é impedimento para pesquisa de outros documentos acerca das temáticas abordadas.

A OE (2007) refere que uma boa prática clínica por parte dos profissionais pode gerar ganhos em saúde. Os resultados podem ser medidos através dos registos das intervenções nos aplicativos informáticos desde que todos os profissionais utilizem a mesma linguagem uniformizada, a CIPE, visando a produção de dados comparáveis. Para tal, a OE recomenda o resumo mínimo de dados, referindo que os ganhos em saúde são mais visíveis quando:

- *As intervenções de enfermagem conseguem prevenir complicações*
- *Influem positivamente nos resultados clínicos do cliente, como por exemplo no controlo de sintomas;*
- *As intervenções de enfermagem contribuem para o melhor conhecimento do cliente na gestão da sua doença/problema de saúde, por exemplo em aspetos em que o ensino feito pelos enfermeiros pode estimular comportamentos saudáveis;*
- *As intervenções de enfermagem contribuem para a melhoria de resultados da saúde funcional dos clientes e sua qualidade de vida em aspetos físicos, psicossociais e cognitivos, papel desempenhado, mobilidade, controlo, autonomia;*
- *As intervenções de enfermagem aumentam a satisfação dos clientes na sua relação com os enfermeiros;*
- *As intervenções de enfermagem derivam sistematicamente das recomendações de Boa Prática de Cuidados, conseguindo obter mudanças positivas, não só a nível profissional, como também a nível das organizações e das políticas. (OE, 2007, p. 9).*

Os guias de boas práticas constituem um exemplo para uma prática de qualidade, representando vantagens evidentes para os enfermeiros:

- *Melhoria da qualidade da dimensão da prática clínica consubstanciando opções técnicas e diminuindo a sua variação;*
- *Acesso a orientações eficazes e contextualizadas;*
- *Identificação das áreas necessitadas de investigação clínica.*

Do mesmo modo é vantajoso para os clientes:

- *Acesso a informação, a cuidados consistentes e coerentes e a práticas mais seguras e eficazes, com a conseqüente redução de variação dos cuidados recebidos.*

Abrangendo ainda as próprias organizações:

- *Melhoria da eficiência dos serviços;*
- *Otimização dos recursos;*
- *Base de referência para programas de qualidade em saúde. (OE, 2007, p. 9)*

Para ser efetivo e eficaz o guia de boas práticas deve assentar impreterivelmente na evidência científica e numa revisão de literatura atualizada, não havendo lugar para opiniões pessoais e orientações pouco precisas. Uma vez cumpridos estes requisitos, o guia de boas práticas torna-se de facto num instrumento de promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo ser atualizado periodicamente.

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. METODOLOGIA

Uma vez realizada a revisão da literatura cabe lugar à descrição da metodologia, constituindo a segunda parte do relatório. Na metodologia, aborda-se o tipo de estudo realizado, os seus objetivos, quais as questões de investigação, define-se a amostra populacional, quais as variáveis e sua operacionalização, descreve-se o instrumento de colheita de dados e o tratamento estatístico desses mesmos dados.

Segundo refere Fortin (2003), é no decorrer desta fase que “*o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (...) define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita dos dados.*”

Este estudo vem ao encontro da necessidade sentida pela equipa da Unidade de Neonatologia onde foi realizado o estudo, no que concerne à definição, parametrização e uniformização dos registos de enfermagem relativos aos ensinos que visam a preparação dos pais para a alta do RN.

1.1. MÉTODOS

A equipa de enfermagem assume cada vez mais, um papel fundamental na relação pais / RN tendo em conta as suas necessidades, no sentido de promover e facilitar a vinculação e a parentalidade (Couto e Praça, 2009). Depois de um primeiro momento de avaliação do RN aquando da chegada à unidade, o foco dirige-se para a componente família/RN e para a avaliação dos efeitos do internamento neste binómio.

Nesta fase, o enfermeiro promove e incentiva a prestação de cuidados realizados pelos pais ao bebé, outorgando-lhes competências para que se tornem autónomos, diminuindo o seu sentimento de incapacidade e falta de confiança no cuidar, numa filosofia da parceria de cuidados, essencial na preparação para a alta do RN. Esta perspetiva de parceria de cuidados permite integrar os pais gradualmente nos cuidados ao filho, fazendo deles elementos ativos, fornecendo-lhes cada vez mais autonomia, devendo existir supervisão do enfermeiro, para este poder ajudar ou esclarecer alguma dúvida. O

enfermeiro assume assim o papel de formador de pais, apoiando e transmitindo conhecimentos, revelando “segredos” no ato de cuidar,

Este processo de autonomia e desenvolvimento do exercício da parentalidade exige uma aprendizagem gradual, sendo necessário por parte da equipa de enfermagem a avaliação contínua dos resultados obtidos com os ensinamentos realizados para atualização do plano de cuidados. Tal só é possível através de registos cuidados e atualizados da situação.

A OE (OE Divulgar, 2012, p. 18) quando definiu os Padrões de Qualidade mencionou a importância de um sistema de registos em enfermagem que contemplem as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados obtidos das intervenções. Assim, quer os ensinamentos realizados quer a avaliação da sua aprendizagem devem ser devidamente registados, de forma criteriosa e em local apropriado de forma a fornecer informação. A informação presente nos SIE pode produzir indicadores e a sua análise poderá promover estratégias de melhoria contínua da qualidade. Ao utilizar o SIE, o enfermeiro tem por base um suporte legal para os cuidados prestados, dando visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde das populações, facilitando a gestão, formação e promovendo a investigação e a continuidade nos cuidados.

O SAPE tem como base fundamental a CIPE e foi adotado por várias instituições de saúde.

Após alguns anos de prática com o SAPE, SIE utilizando a linguagem CIPE, na Unidade de Neonatologia onde decorreu o estudo, verificaram-se falhas no registo das intervenções de enfermagem respeitantes aos ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN. Observa-se de facto uma preocupação pela sua realização, confirmada pela existência de uma Check-list, que permite avaliar a qualidade e efetividade dos ensinamentos ministrados aos pais: Nela é registada a avaliação da autonomia demonstrada pelos pais nos cuidados ao bebé, os ensinamentos abordados e os cuidados antecipatórios de vigilância de saúde. Esta Check-list de preparação dos pais para a alta do RN elaborada pela equipa de enfermagem, inicialmente em suporte de papel (Anexo I) foi integrada posteriormente no SAPE. Dela constam doze ensinamentos considerados pelos profissionais como sendo os mais importantes na preparação dos pais para a alta do RN, com base na prática diária e na revisão da literatura. Apesar dos registos informáticos serem considerados mais-valias, nem sempre o resultado o é efetivamente: quando existia em suporte de papel a Check-list apresentava vários parâmetros para cada ensinamento e permitia a avaliação da autonomia em vários momentos, conseguindo-se desta forma obter dados de evolução da aprendizagem; em suporte informático tal deixou de ser possível, permitindo apenas uma avaliação única e

sem parâmetros definidos o que impede a avaliação de evolução da aprendizagem, servindo apenas como instrumento de aferição da autonomia na prestação de cuidados ao RN no momento da alta.

Não pondo em causa a realização dos ensinios e a preocupação em capacitar os pais para a parentalidade plena, constata-se no entanto que o registo dos mesmos não está uniformizado. Podem ser observados registos nos vários locais de anotação da aplicação informática SAPE (Notas gerais, Intervenções e Check-list) mas não de forma homogénea e criteriosa pelos vários elementos da equipa de enfermagem. Para além da variabilidade dos locais de anotação onde é feito o registo, constata-se também que a parametrização e as próprias intervenções são por vezes levantadas de forma ambígua, desadequada e/ou incompleta.

Estas constatações permitiram definir e delimitar o tema do estudo: **Preparação dos pais para a alta do RN: avaliação dos ensinios e registos de enfermagem.**

De forma a avaliar a efetividade e qualidade dos registos enfermagem numa unidade neonatal, delineou-se como questões de investigação:

- **Q1** - Quais dos ensinios preconizados na unidade, são efetivamente abordados na preparação dos pais para a alta do RN?
- **Q2** - Qual o local de anotação (Intervenções, Notas gerais e Check-List), dentro da aplicação informática SAPE, é o mais utilizado pelos enfermeiros para registo dos ensinios de preparação dos pais para alta do RN?

Para dar resposta às questões levantadas foram definidos os seguintes objetivos:

- Descrever os ensinios preconizados na unidade e que são efetivamente abordados na preparação dos pais para a alta do RN.
- Identificar os locais de anotação no aplicativo SAPE mais utilizados para registar os ensinios de preparação dos pais para a alta do RN.

1.2. TIPO DE ESTUDO

Com base nas questões de investigação e objetivos definidos, esta investigação insere-se num estudo de nível I, de análise quantitativa, do tipo exploratório-descritivo, pois pretende explorar e descrever um fenómeno. Segundo Fortin (2003, p. 163), um estudo descritivo *“consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a*

uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” e tem como objetivo “discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo”.

1.3. PARTICIPANTES

Para a realização deste estudo foi usado um método de amostragem não probabilístico por conveniência, sendo a amostra constituída por 83 processos informáticos, de RN internados na Unidade de Neonatologia de um Hospital de Apoio Perinatal da região centro do País, por um período igual ou superior a 24 horas, durante o ano de 2012. Foram definidos como critérios de exclusão:

- RN internado para prestação de cuidados mediatos após parto por cesariana;
- RN que permaneceram internados menos de 24 horas;
- RN transferidos para uma unidade de cuidados perinatais diferenciada.

1.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Após a definição do tipo de estudo e delineados os seus objetivos, procedeu-se à seleção do instrumento de colheita de dados. Segundo Fortin (2003) a escolha do método de recolha de informação efetua-se em função das variáveis, da sua operacionalização e da estratégia de análise estatística, assim como da natureza do problema de investigação.

Também segundo LoBiondo-Wood e Haber (2011) cada método de colheita de dados tem um propósito específico e, considerando o estudo em causa, onde a colheita de dados foi realizada através da consulta dos processos dos RN internados na unidade, a informação recolhida foi registada numa grelha de registo de dados clínicos estruturada, elaborada para o efeito (Anexo II). A construção desta grelha tomou, para além das variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, como referência os doze ensinamentos preconizados pela equipa de enfermagem para a preparação dos pais para a alta do RN na unidade de neonatologia onde foi realizado o estudo: Banho, Amamentação, Segurança, Vacinação, Posicionamentos, Cuidados com a Pele, Cuidados com o Cordão umbilical, Desenvolvimento infantil, Preparação de leite adaptado/cuidados com os materiais, Limpeza das vias aéreas, Diagnóstico precoce e Parentalidade; Considerando

dentro do programa informático SAPE, os três locais de anotação disponíveis para o registo de ensinos: Intervenções, Notas gerais e Check-list.

1.5. VARIÁVEIS

De acordo com as características do estudo foram definidas as variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra e as variáveis em estudo: local de anotação dos registos de ensinos e tipo de ensinos de preparação dos pais para a alta do RN efetuados.

1.5.1. Operacionalização das variáveis

Operacionalização é o processo metodológico pelo qual um conceito é definido após se terem feito observações empíricas, ou seja, segundo Fortin (2003, p. 217), “A operacionalização dos conceitos ou construtos, apoia-se em definições conceptuais especificadas numa teoria ou estabelecidos pelo investigador no decurso do processo de clarificação de conceitos (...) significa defini-lo de maneira que ele possa ser observado e medido (...)”. A tabela 1 apresenta a operacionalização das variáveis de caracterização: idade materna/paterna, tipo de parto e idade gestacional do RN e a tabela 1 a operacionalização da variável em estudo: locais de anotação de registo de ensinos e ensinos abordados.

Tabela 1 - Operacionalização das variáveis

VARIÁVEIS DE CARATERIZAÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Idade	Número de anos que uma pessoa conta desde o seu nascimento até à época de que se fala. (Infopédia, 2014) Neste estudo a idade foi analisada segundo os grupos etários: <ul style="list-style-type: none">• <23• 24-29• 30-35• 36-41• >41

<p>Tipo de Parto</p>	<p>Parto: ato de dar á luz uma criança</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eutócico - é o parto normal efetuado sem intervenção instrumental com ou sem episiotomia • Cesariana - intervenção cirúrgica que consiste em retirar o feto através da incisão da parede abdominal e do útero. • Distócico - parto que decorre de forma anormal <p style="text-align: right;">(Infopédia, 2014)</p>
<p>Idade Gestacional</p>	<p>Idade Gestacional: Consiste no número de semanas correspondente ao tempo decorrido entre o primeiro dia da última menstruação e o dia do parto</p> <p>RN Pré-termo - RN antes de completar 37 semanas de gestação, independente do peso ao nascer</p> <p>RN Termo - RN entre o começo da 38ª semana de gestação e o final da 42ª, independentemente do peso ao nascer</p> <p style="text-align: right;">(Videira Amaral, 2008)</p>
<p>VARIÁVEIS EM ESTUDO</p>	<p style="text-align: center;">OPERACIONALIZAÇÃO</p>
<p>Local de anotação</p>	<p>O aplicativo SAPE integra 3 locais de anotações e registo:</p> <p>Intervenções: Ação; papel; ato de intervir através da palavra ou pela ação.</p> <p>Notas Gerais:</p> <p>Notas: apontamento sobre um assunto ou acontecimento.</p> <p>Gerais: pouco pormenorizado, abrangente, que diz respeito a um todo.</p> <p>Check-list: Lista ou nota de verificação.</p> <p style="text-align: right;">(Infopédia, 2014)</p>
<p>Ensinos abordados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Banho: aplicar água ou material de limpeza a algo. • Pele: uma superfície natural mais externa do corpo, robusta e flexível, com funções relacionadas com a elasticidade, textura e espessura, no sentido de manter a camada queratinizada intacta, hidratada, macia e com a temperatura adequada. • Cordão umbilical: é uma estrutura de tecido conjuntivo, que conduz no seu interior artérias e veias e que faz a ligação da placenta ao feto. (Silva e Viana, 2007) • Amamentação: é definida por alimentar uma criança oferecendo leite materno (LM).

- **Aleitamento artificial / cuidados com os materiais:** Ingestão Nutricional - é a quantidade e qualidade de nutrientes ou alimentos introduzidos no corpo.
- **Limpeza das vias aéreas:** é a necessidade de “manter aberta a passagem do ar desde a boca até aos alvéolos pulmonares, através da capacidade para limpar as secreções ou obstruções do trato respiratório”.
- **Segurança:** é estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão.
- **Posicionamentos:** vem da ação posicionar é colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição.
- **Desenvolvimento infantil:** é o crescimento e desenvolvimento físico, mental e sociais progressivos, desde o nascimento e durante toda a infância.
- **Vacinação:** a adesão à vacinação é referida como um tipo de comportamento com desempenho de atividades para conseguir imunidade para as doenças transmissíveis suscetíveis de prevenção, conforme as recomendações para a idade, doença ou viagem.
- **Diagnóstico precoce:** O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) diagnostica até ao momento 25 doenças nas primeiras semanas de vida que têm tratamento. (Comissão Executiva do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce [PNDP], 2013)
- **Vinculação:** é a Ligação que é vista como um comportamento, onde há um vínculo ou laço de afeição com a mãe/pai ou prestador de cuidados
- **Parentalidade:** diz respeito ao tomar conta, ao assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai, em que os comportamentos são destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar, em otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, onde tem de haver uma interiorização das expetativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequado ou inadequados. (CIPE, Versão 2, 2011)

1.6. PROCEDIMENTOS

Fortin (2003) refere que qualquer que seja o tipo de investigação que envolva seres humanos levanta questões morais e éticas. Na procura de conhecimentos para o estudo existe um limite que não deve ser ultrapassado, esse limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito à confidencialidade. O anonimato do sujeito e a confidencialidade dos dados devem ser sempre salvaguardados.

A recolha de dados foi realizada após obtenção de autorização para consulta dos processos clínicos pelo Conselho de Administração da instituição onde se realizou o estudo. A autorização foi obtida a 20 de Dezembro de 2012 (Anexo III), carecendo do parecer da Comissão de Ética da instituição e conforme tomada de decisão desta Comissão, constante na Ata nº 2, da reunião de 22 de janeiro de 2009.

1.7. ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento estatístico é o método mais adequado para a interpretação dos resultados obtidos em estudos quantitativos. Deste modo e de forma a sistematizar os resultados, recorreu-se à análise estatística descritiva.

Na análise descritiva foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão, sendo os dados apresentados em tabelas, nas quais foram omitidas as fontes, uma vez que todos os dados se referem ao presente estudo.

Para caracterizar a população em estudo, utilizaram-se as frequências e a moda no caso dos dados nominais; nos dados ordinais, recorreu-se às frequências, amplitude de variação e à mediana e para os dados métricos o desvio padrão, a variância e as médias como medidas analítica privilegiadas, tal como recomendado por Fortin (2003, p. 162):

- Frequências absolutas (n) e percentuais (%);
- Médias de tendência central (\bar{x});
- Médias de dispersão (D_p);
- Medidas de assimetria Skewness (SK) e de achatamento Kurtosis (k).

A medida de Skewness obtém-se através do quociente entre Skewness e o erro padrão (EP), se SK/EP variar entre -2 e 2 a distribuição é simétrica. Se SK/EP for inferior a -2 a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a +2 a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda. Para obter o valor

da Kurtosis também se tem de achar o quociente entre o k e o EP, pelo que se oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, se inferior a -2 a distribuição é platicúrtica e se for superior a +2 a distribuição é leptocúrtica.

Avaliou-se ainda o coeficiente de variação, tendo em consideração que os resultados indicam:

- $\leq 15\%$ - Dispersão fraca
- 16 - 30% - Dispersão moderada
- $> 30\%$ - Dispersão alta

Os dados recolhidos neste estudo foram analisados e tratados utilizando o programa informático de estatística *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.

Para a análise de associação entre a idade materna e idade gestacional, recorreu-se à estatística do χ^2 . Este teste não paramétrico é usado como teste de independência, para análise de distribuição de frequências conjuntas de duas variáveis nominais. Foram definidos como valores de significância:

$p < 0,05$ - diferença estatística significativa;

$p < 0,01$ - diferença estatística bastante significativa;

$p < 0,001$ - diferença estatística altamente significativa;

$p \geq 0,05$ - diferença estatística não significativa.

Após estas considerações metodológicas procede-se à apresentação e análise dos resultados.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O objetivo deste capítulo é dar a conhecer os resultados do estudo, tendo por base a informação obtida, pela aplicação da grelha de observação.

Para a apresentação e análise descritiva dos resultados, recorreu-se às estatísticas consideradas mais adequadas.

2.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva é composta pela descrição das variáveis de caracterização e das variáveis em estudo (locais de anotação onde foram registados os ensinamentos e ensinamentos abordados).

Caracterização da amostra

- **Idade materna e paterna**

Pela análise da Tabela 2 e relativamente às estatísticas da idade materna e paterna, observa-se que a média da idade materna é de 30,61 anos ($Dp=5,37$), oscilando entre os 18 e 41 anos. O coeficiente de variação de 17,54%, indica uma dispersão moderada em torno do valor médio. Relativamente ao pai, este tinha uma média de idade de 32,53 anos ($Dp=5,59$), oscilando entre um mínimo de 21 e um máximo de 49 anos, indicando o coeficiente de variação dispersão moderada em torno da média (17,18%). No que diz respeito às mães, a moda é de 29 e a mediana situa-se nos 30 anos e no caso dos pais ambas se situam nos 32 anos. Os valores de simetria (-1,46 para as mães e -0,22 para os pais) e kurtosis (-0,47 e 0,35 respetivamente) revelam uma distribuição normal (curva simétrica e normocúrtica).

Tabela 2 - Estatísticas referentes à caracterização da amostra

ESTATÍSTICAS REFERENTES À CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA										
CARATERÍSTICA	n	min	máx	moda	mediana	média	Dp	CV%	SK/erro	K/erro
Idade mãe	83	18	41	29	30	30,61	5,37	17,54	-1,46	-0,47
Idade pai	83	21	49	32	32	32,53	5,59	17,18	-0,22	0,35
Nº filhos	83	1	6	1	1	1,51	0,89	58,94	9,24	14,97
Idade Gestacional	83	25	40	39	36	36,12	3,19	8,83	-4,30	4,12

Para analisarmos a distribuição da idade materna e paterna foram constituídos grupos etários, verificando-se e tal como apresentado na Tabela 3, que a maioria das mães (42,2%) e pais (41,0%) tinha entre 30-35 anos; seguindo-se 30,1% de mães e 16,9% de pais com idades compreendidas entre 24-29 anos; 27,7% de pais tinham entre 36-41 anos, assim como 18,1% das mães. Apenas 9,6% das mães e pais tinham idade <23 anos.

Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com idade dos pais

IDADE	PROGENITOR			
	Mãe		Pai	
	n	%	n	%
<23	8	9,6	8	9,6
24-29	25	30,1	14	16,9
30-35	35	42,2	34	41,0
36-41	15	18,1	23	27,7
>41	0	0,0	4	4,8
Total	83	100,0	83	100,0

- **Número de filhos**

No que respeita ao número de filhos e analisando novamente a Tabela 2, verifica-se que o mínimo é de 1 e o máximo de 6 filhos com uma média de 1,51 (Dp=0,89) e um coeficiente de variação de 58,94% o que indica uma dispersão alta em torno da média. A moda e a mediana são de 1. A distribuição é assimétrica com enviesamento à esquerda (SK/erro=9,24) e curva leptocúrtica (K/erro=14,97).

A distribuição do número de filhos (Tabela 4) indica que em 66,3% dos processos analisados, o RN é o primeiro filho e em 22,9% segundo; em 7,2% é o terceiro filho e em 2,4% quarto; por último, em 1,2% dos processos o RN é já o sexto filho.

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com o número de filhos

Nº FILHOS		
	n	%
1	55	66,3
2	19	22,9
3	6	7,2
4	2	2,4
6	1	1,2
Total	83	100,0

- **Idade gestacional**

Analisando novamente a Tabela 2 e relativamente à idade gestacional, constata-se que a mínima foi de 25 semanas e a máxima de 40, sendo a moda de 39, a mediana de 36 e a média de 36,12 semanas de gestação ($Dp=3,19$). O coeficiente de variação é de 8,83 indicando baixa dispersão em torno da média. Os valores de simetria (-4,30) e kurtosis (4,12) são indicativos de uma distribuição assimétrica com enviesamento à direita e curva leptocúrtica.

Relativamente à distribuição das frequências (Tabela 5), 57,8% dos processos analisados diziam respeito a RN prematuros enquanto os restantes 42,2% eram RN de termo.

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com a idade gestacional do RN

IDADE GESTACIONAL		
	n	%
Pré-termo	48	57,8
Termo	35	42,2
Total	83	100,0

- **Tipo de parto**

No que diz respeito ao tipo de parto (Tabela 6) em 53,0% dos processos analisados o RN nasceu de cesariana; em 34,9% de parto eutócico e os restantes 12,0% nasceram de outro tipo de parto distócico.

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o tipo de parto

TIPO PARTO		
	n	%
Eutócico	29	34,9
Cesariana	44	53,0
Distócico	10	12,0
Total	83	100,0

- **Idade materna/Idade gestacional**

Analisando a relação entre a idade da mãe e a idade gestacional do RN (Tabela 7), podemos verificar que 62,9% das mães com idade entre os 30-35 anos; 62,5% das que tinham idade inferior a 23 anos; 53,3% das com idades compreendidas entre 36-40 anos e 52,0% cujas idades oscilam entre 24-29 anos, tiveram RN pré-termo.

Do mesmo modo, 48,0% das mães com idade entre 24-29 anos; 46,7% das que tinham idade compreendida entre 36-40 anos; 37,5% das com idade inferior a 23 anos e 37,1% das que tinham entre 30-35 anos tiveram RN de termo.

As diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ($\chi^2=0,907$; $p=0,824$).

Tabela 7 - Relação entre a Idade gestacional e a Idade materna

IDADE GESTACIONAL	IDADE MATERNA								Total		χ^2	p
	<23		24-29		30-35		36-40					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Pré-termo	5	62,5	13	52,0	22	62,9	8	53,3	48	100,0	0,907	0,824
Termo	3	37,5	12	48,0	13	37,1	7	46,7	35	100,0		
Total	8	100,0	25	100,0	35	100,0	15	100,0				

Ensinos abordados e Locais de anotação

Nesta fase pretende-se dar resposta às questões de investigação formuladas.

- **Ensinos abordados**

Para responder à primeira questão:

Quais dos ensinos preconizados na unidade, são efetivamente abordados na preparação dos pais para a alta do RN?

Analisaram-se os dados tendo em consideração os 12 ensinos de preparação dos pais para a alta do RN preconizados na Unidade e relativamente aos quais foram encontrados registos comprovativos de terem sido efetivamente abordados.

Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 8 verificando-se que o Banho foi o ensino mais abordado, uma vez que foi encontrado o seu registo em todos os processos analisados (100,0%).

Em oposição, a Limpeza das vias aéreas foi o menos abordado tendo sido registada a sua execução em apenas 22,9% dos processos.

Dos restantes ensinios preconizados, o segundo mais abordado foi o relativo à Pele (96,4%); seguindo-se o Posicionamento (94,0%); a Segurança (92,8%); Vacinação (90,4%) e Desenvolvimento infantil (90,4%); Cuidados ao coto umbilical (89,2%); Amamentação (88,0%) e Diagnóstico precoce (83,1%). Dos menos abordados salienta-se ainda os referentes à Parentalidade (42,2%) e à Preparação do leite adaptado e cuidados com os materiais (48,2%).

Tabela 8 - Distribuição da amostra de acordo com os ensinios de preparação dos pais para a alta do RN preconizados na Unidade, que foram efetivamente abordados

ENSINOS PRECONIZADOS	ENSINOS ABORDADOS				TOTAL	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Banho	83	100,0	-	-	83	100,0
Amamentação	73	88,0	10	12,0	83	100,0
Segurança	77	92,8	6	7,2	83	100,0
Vacinação	75	90,4	8	9,6	83	100,0
Posicionamento	78	94,0	5	6,0	83	100,0
Pele	80	96,4	3	3,6	83	100,0
Desenvolvimento infantil	75	90,4	8	9,6	83	100,0
LA cuidados com materiais	40	48,2	43	51,8	83	100,0
Cuidados coto umbilical	74	89,2	9	10,8	83	100,0
Limpeza vias aéreas	19	22,9	64	77,1	83	100,0
Diagnóstico precoce	69	83,1	14	16,9	83	100,0
Parentalidade	35	42,2	48	57,8	83	100,0

- **Locais de anotação**

A segunda questão de investigação formulada foi a seguinte:

Qual o local de anotação (Intervenções, Notas gerais ou Check-List), dentro da aplicação informática SAPE, que é mais utilizado pelos enfermeiros para registo dos ensinios de preparação dos pais para a alta do RN?

Para dar resposta a esta questão, analisaram-se os dados tendo em conta o número de ensinios registados em cada um dos diferentes locais de anotação, disponíveis no aplicativo informático SAPE.

Assim, observando a Tabela 9, constata-se que a Check-list foi o local de anotação mais utilizado pelos enfermeiros para registar os ensinios de preparação dos pais para a alta

do RN, uma vez que apresenta a média mais alta do número de ensinios registados: média=7,51; Dp=3,78. Nas Intervenções observa-se uma média de 6,17 (Dp=2,36) e nas Notas gerais de 4,82 (Dp=2,30) ensinios registados.

Na mesma Tabela 9, podem observar-se as restantes estatísticas referentes ao número de ensinios registados em cada local de anotação, verificando-se que dos 12 ensinios de preparação dos pais para a alta do RN preconizados na unidade, na Check-list observou-se um mínimo de 0 e máximo de 11 ensinios registados, sendo a moda de 10 e a mediana de 9. O coeficiente de variação é de 50,33% indicando alta dispersão em torno da média. Os valores de simetria (-4,80) e curtose (-0,24) são indicativos de uma distribuição assimétrica com enviesamento à direita e curva normocúrtica. Já nas Intervenções, o número de ensinios registados oscila entre 0 e 11, sendo quer a moda quer a mediana de 7. O coeficiente de variação de 38,25% indica alta dispersão em torno da média e a distribuição é simétrica e normocúrtica (SK/erro=-1,78; K/erro=-0,32). Quanto às Notas gerais observa-se um mínimo de 0 e máximo de 12 ensinios registados, com uma moda e mediana de 4. O coeficiente de variação (47,72%) indica alta dispersão em torno da média. A distribuição é assimétrica com enviesamento à esquerda (SK/erro=2,39) e normocúrtica (K/erro=1,62).

Tabela 9 - Estatísticas referentes ao número de ensinios registados em cada local de anotação

ESTATÍSTICAS REFERENTES AO Nº DE ENSINIOS REGISTRADOS EM CADA LOCAL DE ANOTAÇÃO										
LOCAL DE ANOTAÇÃO	n	min	máx	moda	mediana	média	Dp	CV%	SK/erro	K/erro
Intervenções	83	0	11	7	7	6,17	2,36	38,25	-1,78	-0,32
Notas gerais	83	0	12	4	4	4,82	2,30	47,72	2,39	1,62
Checklist	83	0	11	10	9	7,51	3,78	50,33	-4,80	-0,24

Para analisar a distribuição da amostra de acordo com o número de ensinios registados em cada local de anotação, constituíram-se grupos considerando os intervalos: de 0 a 4; de 5 a 8 e de 9 a 12.

A tabela de frequências obtida (Tabela 10) permite observar que na Check-list o grupo mais representativo com 72,3%, é o de 9-12 ensinios registados; nas Intervenções com 62,6% houve mais registo entre 5-8 ensinios e nas Notas gerais com 51,8%, entre 0-4 ensinios registados.

Quanto ao grupo com menor expressão, na Check-list é entre 5-8 ensinios registados em 4,8%; e tanto nas Intervenções como nas Notas gerais entre 9-12 ensinios em 13,3% e 6,0%, respetivamente.

Tabela 10 - Distribuição da amostra de acordo com o número de ensinios registados em cada local de anotação

Nº ENSINIOS REGISTADOS	LOCAL DE ANOTAÇÃO					
	Intervenções		Notas gerais		Checklist	
	n	%	n	%	n	%
0-4	20	24,1	43	51,8	19	22,9
5-8	52	62,6	35	42,2	4	4,8
9-12	11	13,3	5	6,0	60	72,3
Total	83	100,0	83	100,0	83	100,0

Para uma pesquisa mais detalhada, analisou-se a distribuição dos dados referentes aos locais de anotação em que cada ensino foi registado. Assim, observando a Tabela 11, constata-se que a Check-list foi o local de anotação com maior representatividade nos processos analisados para registo dos ensinios respeitantes ao Posicionamento (78,3%), Cuidados com o coto umbilical (77,1%), Desenvolvimento infantil (75,9%), Diagnóstico precoce (75,9%), Vacinação (73,5%) e Limpeza das vias aéreas (19,3%).

A Check-list *in exe quo* com as Intervenções, foram os locais mais utilizados para registar os ensinios relativos à Segurança Infantil (73,5%) e Preparação de leite adaptado e cuidados com os materiais (38,6%).

As Intervenções foi o local de anotação preferencial na maioria dos processos para o registo dos ensinios relativos aos Cuidados com a Pele (81,9%), à Amamentação (79,5%), e a Parentalidade (31,3%).

No caso do Banho os ensinios encontravam-se registados em elevada percentagem nos 3 locais de anotação disponibilizados no aplicativo SAPE, sendo as Intervenções *in exe quo* com as Notas gerais os locais com maior expressividade (92,8% em ambos os casos).

Não se observou nenhum ensino com registo preferencial exclusivamente nas Notas gerais.

Em oposição e analisando os resultados com menor expressão, observa-se que o registo nas Intervenções foi o menos representativo nos ensinios respeitantes à Limpeza das vias aéreas, sem registo em nenhum dos processos.

As Notas gerais foi o local menos utilizado para registar os ensinios referentes à Segurança e ainda assim com 71,1% de processos com registo neste local de anotação; Pele (65,1%); Vacinação (36,1%); Posicionamento (26,5%); Preparação de leite adaptado e cuidados com os materiais (25,3%); Cuidados com o coto umbilical (22,9%); Desenvolvimento infantil (20,5%) e o Diagnóstico precoce (16,9%).

Quanto à Check-list, observa-se que foi o local de anotação com menor expressão nos ensinamentos sobre o Banho, apesar de se observarem 78,3% de processos com registo neste local, uma vez que como já foi referido, o Banho apresenta registos em elevada percentagem em todos os locais de anotação, acontecendo algo similar quanto à Amamentação, que apesar de estar registada com menor representatividade na Check-list atinge uma percentagem de 67,5%. É ainda o menos utilizado no caso dos ensinamentos sobre Parentalidade, observando-se registo neste local de anotação em apenas 4,8% dos processos.

Tabela 11 - Distribuição do registo dos ensinamentos pelos vários locais de anotação

ENSINO PRECONIZADO	REGISTO	LOCAL DE ANOTAÇÃO					
		Intervenções		Notas gerais		Check-list	
		n	%	n	%	n	%
Banho	sim	77	92,8	77	92,8	65	78,3
	não	6	7,2	6	7,2	18	21,7
Amamentação	sim	66	79,5	65	78,3	56	67,5
	não	17	20,5	18	21,7	27	32,5
Segurança	sim	61	73,5	59	71,1	61	73,5
	não	22	26,5	24	28,9	22	26,5
Vacinação	sim	32	38,6	30	36,1	61	73,5
	não	51	61,4	53	63,9	22	26,5
Posicionamento	sim	56	67,5	22	26,5	65	78,3
	não	27	32,5	61	73,5	18	21,7
Pele	sim	68	81,9	54	65,1	64	77,1
	não	15	18,1	29	34,9	19	22,9
Desenvolvimento infantil	sim	52	62,7	17	20,5	63	75,9
	não	31	37,3	66	79,5	20	24,1
LA cuidados com materiais	sim	32	38,6	21	25,3	32	38,6
	não	51	61,4	62	74,7	51	61,4
Cuidados coto umbilical	sim	24	28,9	19	22,9	64	77,1
	não	59	71,1	64	77,1	19	22,9
Limpeza vias aéreas	sim	0	0,0	6	7,2	16	19,3
	não	83	100,0	77	92,8	67	80,7
Diagnóstico precoce	sim	18	21,7	14	16,9	63	75,9
	não	65	78,3	69	83,1	20	24,1
Parentalidade	sim	26	31,3	16	19,3	4	4,8
	não	57	68,7	67	80,7	79	95,2

Os resultados observados e apresentados até esta fase, indicam a existência de registos em mais do que um local de anotação em simultâneo ou, em oposição, a inexistência de registo em qualquer um dos locais de anotação disponibilizados no aplicativo SAPE.

Face a esta constatação, tentou-se explorar este facto, analisando os dados sob a perspetiva do número de locais de anotação em cada processo, onde foram encontrados registos sobre o mesmo ensino.

Deste modo, observando a Tabela 12, relativa às estatísticas do número de locais de anotação onde se observou o registo dos ensinios preconizados, verifica-se que de uma forma global cada ensino foi registado no mínimo em 0 e no máximo em 3 locais de anotação, entre um mínimo de 1 e máximo de 3 para o ensino sobre o banho e um mínimo de 0 e máximo de 2 para a limpeza das vias aéreas e parentalidade.

Já os valores médios oscilaram entre 0,27 (Dp=0,52) e 0,55 (Dp=0,72) para os ensinios da limpeza das vias aéreas e parentalidade e 2,64 (Dp=0,60) para o banho e em exequo 2,25 (Dp=0,99; Dp=0,79) para os ensinios sobre a amamentação e pele.

O coeficiente de variação oscilou entre um valor mínimo de 22,73% relativamente ao Banho indicando dispersão moderada em torno da média e 192,59% relativamente à Limpeza das vias aéreas, indicando neste caso uma dispersão alta em torno da média.

Tabela 12 - Estatísticas referentes ao número de locais de anotação onde se observou o registo dos ensinios preconizados

ESTATÍSTICAS REFERENTES AO NÚMERO DE LOCAIS DE ANOTAÇÃO ONDE SE OBSERVOU REGISTO DOS ENSINIOS										
ENSINIOS PRECONIZADOS	n	min	máx	moda	mediana	média	Dp	CV%	SK/erro	K/erro
Banho	83	1	3	3	3	2,64	0,60	22,73	-5,46	2,05
Amamentação	83	0	3	3	3	2,25	0,99	44,00	-4,98	1,38
Segurança	83	0	3	3	2	2,18	0,90	41,28	-3,74	0,55
Vacinação	83	0	3	1	1	1,48	0,86	58,11	1,11	-1,09
Posicionamento	83	0	3	2	2	1,73	0,75	43,35	-1,54	0,18
Pele	83	0	3	3	2	2,25	0,79	35,11	-3,55	1,04
Desenvolvimento infantil	83	0	3	2	2	1,59	0,80	50,31	-1,15	-0,53
LA cuidados com materiais	83	0	3	0	0	1,02	1,16	113,73	1,83	-2,66
Cuidados coto umbilical	83	0	3	1	1	1,29	0,77	59,69	2,19	0,36
Limpeza vias aéreas	83	0	2	0	0	0,27	0,52	192,59	7,01	5,09
Diagnóstico precoce	83	0	3	1	1	1,16	0,74	63,79	1,11	0,08
Parentalidade	83	0	2	0	0	0,55	0,72	130,91	3,45	-0,95

Analisando a Tabela 13, referente à distribuição da amostra de acordo com o número de locais de anotação onde se observou registo dos ensinios preconizados verifica-se que em relação ao Banho, em **69,9%** dos processos havia referência à realização de ensinios nos três locais de anotação, em 24,1% em dois e os restantes 6,0% em um local. Não houve nenhum processo em que o registo não tivesse sido realizado.

Regressando à Tabela 13, constata-se que **51,8%** dos processos apresentavam registo de ensinios relativos à Amamentação nos três locais, 33,7% em dois, 12,0% não apresentavam registo em nenhum dos locais e 2,4% em um local de anotação.

O registo do ensino sobre segurança verificou-se em **43,4%** dos processos nos três locais, em 38,5% em dois, 10,8% em um e em 7,2% não havia registo em nenhum local de anotação.

O ensino sobre os cuidados com a pele foi efetuado registo em 43,4% dos processos nos 3 locais diferentes, em 41,0% em dois e em 12,0% em um enquanto em 3,6% não havia registo em qualquer dos locais de anotação.

Sobre vacinação, o registo foi efetuado em 14,5% nos três locais, em 28,9% em dois, em 46,9% observou-se o registo em um local e em 9,6% o registo deste ensino era inexistente em qualquer um dos locais de anotação.

Sobre Posicionamento observou-se que em 10,8% este era efetuado em três locais, 56,6% dos processos analisados encontrou-se registo de ensinamentos em dois locais de anotação em 26,5% em um e nos restantes 6,0% não foi encontrado registo em nenhum dos locais de anotação.

Por outro lado, pela observação dos registos menos efetuados, constata-se que em 77,1% dos processos não havia registo em nenhum dos locais de anotação sobre a limpeza das vias aéreas, em 19,3% havia em um e nos restantes 3,6% havia registo em dois locais diferentes, não se observando nenhum processo com registo deste ensino nos três locais de anotação.

Da mesma forma e no que se refere à Parentalidade, em 57,8% dos processos o registo era inexistente, em 30,1% existiam registos em dois locais distintos e em 28,9% em um, não existindo nenhum processo com registo de ensinamentos nos três locais de anotação.

Sobre Leite adaptado e cuidados com os materiais pode observar-se que em 51,8% dos processos analisados o registo deste ensino era inexistente; em 27,7% existia em dois locais distintos; 13,3% em três e nos restantes 7,2% existia registo em um local de anotação.

Tabela 13 - Distribuição da amostra de acordo com o número de locais de anotação onde se observou registo dos ensinamentos preconizados

ENSINOS PRECONIZADOS	Nº LOCAIS DE ANOTAÇÃO ONDE SE OBSERVOU REGISTO DOS ENSINOS									
	3 locais de anotação		2 locais de anotação		1 local de anotação		Nenhum local de anotação		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Banho	58	69,9	20	24,1	5	6,0	0	0,0	83	100,0
Amamentação	43	51,8	28	33,7	2	2,4	10	12,0	83	100,0
Segurança	36	43,4	32	38,5	9	10,8	6	7,2	83	100,0
Vacinação	12	14,5	24	28,9	39	46,9	8	9,6	83	100,0
Posicionamento	9	10,8	47	56,6	22	26,5	5	6,0	83	100,0
Pele	36	43,4	34	41,0	10	12,0	3	3,6	83	100,0
Desenvolvimento infantil	8	9,6	41	49,4	26	31,3	8	9,6	83	100,0
LA cuidados com materiais	11	13,3	23	27,7	6	7,2	43	51,8	83	100,0
Cuidados coto umbilical	7	8,4	19	22,9	48	57,8	9	10,8	83	100,0
Limpeza vias aéreas	0	0,0	3	3,6	16	19,3	64	77,1	83	100,0
Diagnóstico precoce	3	3,6	20	24,1	46	55,4	14	16,9	83	100,0
Parentalidade	0	0,0	25	30,1	24	28,9	48	57,8	83	100,0

Uma vez apresentados os resultados obtidos, é necessário proceder à discussão dos mesmos, comparando-os com as recomendações advindas da pesquisa bibliográfica.

3. DISCUSSÃO

Neste ponto apresenta-se a discussão dos resultados obtidos que mais se evidenciaram nomeadamente no que respeita às questões de investigação e que irão ser comparados, quando possível, com dados obtidos na pesquisa bibliográfica.

Os dados recolhidos permitem-nos observar que nos 83 processos clínicos informatizados, o intervalo de idades compreendidas entre os 30 e os 35 anos é o mais expressivo quer no caso das mães quer dos pais. Verificou-se que em média as mães tinham 32,53 anos e que em 66,3% este RN era um primeiro filho, sendo a média do número de filhos de 1,5. Estes resultados vão de encontro à tendência da população portuguesa em ter apenas um filho e para uma maternidade cada vez mais tardia. A média da idade materna ultrapassa ligeiramente a média nacional que segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) foi de 29,5 anos em 2012.

No que respeita à idade gestacional, verificou-se que em média os bebés nasceram às 36,12 semanas de gestação, sendo o grupo mais representativo de RN (57,8%) o que diz respeito aos que nasceram prematuros. Tal poderá explicar-se pela tendência de um aumento crescente de partos pré-termo devido a processos de gravidez medicamente assistida, e não tanto pela idade materna (tardia) uma vez que não foi encontrada diferença estatisticamente significativa quando analisada esta relação. Pode também ser explicado pelo facto de os internamentos em neonatologia se deverem à necessidade de cuidados especiais: prematuridade, sépsis ou outros problemas. Alguns desses problemas, por vezes ocorridos no período perinatal, poderão ainda ser apontados como potenciadores da ocorrência de partos por cesariana ou outras distocias (ventosa ou fórceps). De facto, na amostra, 53,0% dos nascimentos ocorreram por cesariana e 12,0% por outro método distócico (ventosa ou fórceps). A taxa de cesarianas em Portugal é bastante elevada (Dados INE - 34076, só em Portugal), e a sua redução é uma prioridade da DGS no PNS 2012-2016.

Os resultados obtidos relativamente aos ensinamentos e respetivos registos, apesar das limitações impostas pelo instrumento de colheita de dados, permitiram ainda assim responder às questões elaboradas. Deste modo, e em relação à primeira questão:

- Quais dos ensinamentos preconizados na unidade, são efetivamente abordados na preparação dos pais para a alta do RN?

Observa-se que independentemente do local de anotação, os ensinamentos registados e como tal, comprovadamente abordados com maior frequência foram os referentes ao Banho, abordado em 100% dos casos e Cuidados com a pele do RN em 96,4%. Em oposição, a Limpeza das vias aéreas, seguidos da Parentalidade foram os ensinamentos menos efetuados, visto que apenas foi anotado respetivamente em 22,9% e 42,2% dos processos.

Ressalta ainda que dos 12 ensinamentos preconizados, o Banho foi o único com registo em todos os processos. Relativamente aos restantes ensinamentos, verificou-se a ausência de registo e conseqüentemente a omissão da sua realização, de forma mais ou menos expressiva, com maior destaque para a Limpeza das vias aéreas, seguida da Parentalidade e Preparação de leite adaptado e cuidado com os materiais, ultrapassando os 50,0% de processos sem qualquer registo de que estes ensinamentos tenham sido abordados.

No que respeita à Preparação de leite adaptado e cuidados com os materiais, a inexistência de registo poderá dever-se ao facto de se tratar de RN em amamentação exclusiva. O instrumento de colheita de dados não previu este fator, mas pode ser uma justificativa plausível, uma vez que a equipa de enfermagem da unidade tem como prioridade a promoção da amamentação/aleitamento materno em detrimento do uso de leites artificiais.

No geral, a constatação de ausência de registos numa percentagem tão elevada, poderá não ser proporcional à ausência efetiva da sua realização, podendo ser justificada em parte, pela persistência de lacunas em termos de parametrização de dados na unidade onde se desenvolveu o estudo, em especial na definição clara dos *status* relativos ao conhecimento dos pais sobre os vários cuidados a prestar ao seu filho por um lado, e por outro das intervenções ligadas aos ensinamentos, no âmbito do ensinar, instruir, treinar e supervisionar relacionadas com alguns temas. Apesar disso, a ausência de registos por si só remete para uma não conformidade, um deficiente desempenho dos profissionais de enfermagem por “*incumprimento do dever de registo sistematizado dos cuidados de enfermagem prestados.*” (Decreto- Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, no Artigo 19º, nº2, que regulamenta o sistema de avaliação do desempenho da carreira de enfermagem).

Segundo Martins et al. (2008), a importância dos registos de enfermagem é atualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados pois destaca a sua função de comunicação resultante do todo o processo de cuidar. Assim, a ausência de registo coloca em causa a melhoria da continuidade de cuidados por deficiente função de comunicação. Remetem ainda para uma deficiente produção de indicadores que, de acordo com Martins et al. (2008) e Sousa (2006), são fundamentais para uma reflexão sistemática sobre as práticas, o que poderá por um lado impedir a promoção de estratégias

de melhoria contínua da qualidade de cuidados e por outro retirar visibilidade à enfermagem enquanto profissão autónoma.

Relativamente à segunda questão:

- Qual o local de anotação (Intervenções, Notas gerais e Check-List), dentro da aplicação informática SAPE, é o mais utilizado pelos enfermeiros para registo dos ensinamentos de preparação dos pais para alta do RN?

Os resultados obtidos indicam que o local de anotação mais frequentemente utilizado foi a Check-List, com uma média de 7,51 (Dp=3,78) ensinamentos registados, sendo o grupo mais e menos representativo do número de registos neste local de anotação o de 9-12 e o de 5-8 respetivamente.

O segundo local de anotação mais utilizado foi as Intervenções e por último as Notas gerais, com uma média de 6,17 e de 4,82 ensinamentos respetivamente.

Constatou-se que dos locais de anotação considerados para registar os ensinamentos preconizados, a Check-list foi o que apresentou maior expressão nos ensinamentos sobre Posicionamento, Cuidados com o coto umbilical, Desenvolvimento infantil, Diagnóstico precoce, Vacinação e Limpeza das vias aéreas. A Check-list *in exe quo* com as Intervenções, foram os locais mais utilizados para registar os ensinamentos relativos à Segurança Infantil e Preparação de leite adaptado e cuidados com os materiais. Observa-se ainda que a Intervenções foi o local de anotação preferencial para registar os ensinamentos relativos aos Cuidados com a Pele, Amamentação, e Parentalidade; As Intervenções *in exe quo* com as Notas gerais foram os locais de anotação com maior expressividade para registo de ensinamentos relativos ao Banho. Salientando-se as Notas gerais como o local de anotação menos utilizado para registar a maioria dos ensinamentos preconizados.

Com base na filosofia que norteia os registos na unidade, o facto de a Check-list ser o local de anotação mais utilizado é desadequado, uma vez que no aplicativo SAPE, é um local de anotação que apenas permite aferir a autonomia na prestação de cuidados ao bebé e não todo o processo de desenvolvimento, crescimento e *empowerment* dos pais. A documentação da evolução deste processo apenas será possível com o levantamento de necessidades, definição de diagnósticos e atualização desses mesmos diagnósticos de acordo com a crescente capacitação dos pais. Tal capacitação depende das intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros, através dos ensinamentos realizados e avaliação da sua adequação e eficácia numa dialética constante em busca da excelência dos cuidados.

Alcançar a excelência implica continuidade de cuidados que só serão garantidos se devidamente documentados e registados em local apropriado.

Deste modo, os resultados afastam-se também das recomendações emanadas da revisão de literatura, que direcionam implicitamente para que os registos sejam feitos nas Intervenções uma vez que, segundo a OE (OE SIE, 2007), o modelo de SIE deverá adotar os processos inerentes ao conceito de “Processo de Enfermagem”, sendo eles: avaliação inicial, diagnóstico, identificação de resultados, planeamento de cuidados, implementação e avaliação (Associação Americana de Enfermeiros, 1998). O planeamento de cuidados implica documentação das ações de enfermagem através do levantamento de intervenções. Os ensinamentos enquadram-se no levantamento de intervenções, após definição de diagnósticos, permitindo planejar e implementar cuidados, identificar e avaliar resultados. Em consonância com essa avaliação, planejar e implementar novos cuidados de acordo com a evolução e as demandas próprias da situação particular. Como já foi referido, a Check-list apenas permite aferir autonomia nos cuidados ou necessidade de reforço de ensinamentos e não a evolução da aprendizagem e de aquisição de competências.

Para além das respostas às questões formuladas, o estudo permitiu ainda constatar outros resultados referentes à distribuição dos registos de ensinamentos pelos vários locais de anotação em cada processo, nomeadamente a existência de registos de realização do mesmo ensino em mais do que um local de anotação em simultâneo ou, em oposição, a inexistência desse registo em qualquer um dos três locais de anotação considerados.

Assim, o ensino registado em mais locais de anotação foi o Banho e em menos locais a Limpeza das vias aéreas com uma média de 2,64 e 0,27 respetivamente.

No geral observa-se uma grande diversidade na distribuição de frequências: alguns ensinamentos veem o seu registo em dois ou até mesmo três locais de anotação diferentes, com maior ênfase no caso do Banho e Amamentação (em mais de 50,0% dos processos analisados para ambos os casos). Já os ensinamentos relativos ao Posicionamento e Desenvolvimento infantil são os que mais se destacam quando consideramos a existência de registos em dois locais, sendo a combinação Intervenções e Check-list a mais expressiva quer para estes, quer para os restantes ensinamentos registados em dois locais de anotação. O registo em apenas um local é mais evidente na Check-list salientando-se os ensinamentos sobre Diagnóstico precoce e Cuidados ao coto umbilical como os que apresentam a maior percentagem de registo exclusivo neste local de anotação. O registo inexistente é mais expressivo quando considerados os ensinamentos relativos à Limpeza das vias aéreas.

Esta diversidade é sobretudo sinónimo de falta de critérios e de uniformização no que respeita à forma adequada de registar os cuidados de enfermagem que se prendem

com os ensinamentos de preparação dos pais para alta do RN preconizados na unidade onde foi realizado o estudo, contrariamente às recomendações da OE quando traça como objetivo a uniformização dos registos de enfermagem através dos SIE, muito para além de uma unidade isolada: Uniformização de linguagem e registos de cuidados prestados a nível nacional de forma a permitir “o acesso e partilha de informação, relativamente aos clientes, entre as diversas instituições”. Também a divergência quanto ao local de anotação mais adequado, nomeadamente a ausência de registo nas Intervenções pode dificultar e até mesmo impossibilitar a produção automática dos indicadores que aferem a adequação dos cuidados e como tal a identificação da promoção da melhoria contínua da qualidade de cuidados, impedindo que sejam alcançados os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE (2001), obstando conseqüentemente a valorização e reconhecimento da profissão de enfermagem.

Terminado o processo de investigação, cabe lugar às conclusões mais importantes relativamente ao estudo.

4. CONCLUSÕES

Qualquer conclusão emerge de um pensamento autocrítico e é muito mais que um simples resumo. Neste momento é imprescindível ter essa capacidade autocrítica não só no que diz respeito ao estudo empreendido e que permitiu fazer o diagnóstico da situação, mas também no que se refere a toda a pesquisa bibliográfica efetuada e que servirá de base para a elaboração do guia de boas práticas.

Este trabalho foi suportado numa inquietação da prática diária, em que se identificou a necessidade de organizar e definir recomendações relativas aos ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN, bem como definir orientações relativas aos registos desses mesmos ensinamentos. Considerou-se que a melhor forma para o conseguir seria através do diagnóstico da situação e posteriormente pela elaboração de um guia de boas práticas, direcionado para a alta do RN.

O momento da alta hospitalar simboliza uma nova fase para os pais dos RN internados numa unidade neonatal uma vez que a partir desse momento, eles estarão sozinhos na responsabilidade de cuidar do filho e no desempenho do seu papel parental. Por mais capacitados que os pais estejam, perdura sempre um sentimento de incerteza na resposta à questão “será que sou capaz?”. Cabe ao enfermeiro enquanto tutor, promover o *empowerment* dos pais visando a parentalidade plena, através de um processo contínuo de ensino/aprendizagem numa relação de parceria de cuidados, incentivando a prestação de cuidados ao RN pelos pais. Ao conferir autonomia aos pais nos cuidados ao bebé durante o internamento, tende a diminuir-se a ansiedade, a melhorar o sentimento de autoconfiança, preparando-os assim para o regresso a casa.

O planeamento da alta inicia-se no momento do acolhimento, processando-se ao longo de todo o internamento, devendo envolver tanto os profissionais de saúde como os familiares responsáveis pelo RN, para que, uma vez no domicílio estes se sintam autónomos no atendimento adequado às necessidades do bebé.

Para este processo ter sucesso, é necessário que exista uniformização dos cuidados prestados e dos ensinamentos efetuados, bem como da sua forma de avaliação e registo.

Os registos dos cuidados de enfermagem, ensinamentos incluídos, são de suma importância, uma vez que é através deles que o enfermeiro revê toda a sua intervenção, pela avaliação de resultados, e planeia a sua ação. Essa importância é sobejamente

conhecida e reconhecida por entidades como a OE, pois a análise dos dados contribui para a valorização e reconhecimento da enfermagem como profissão autónoma e fundamental.

Considera-se que a pesquisa bibliográfica efetuada permitiu identificar as principais recomendações a introduzir no guia de boas práticas quer em termos de recomendações para os ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN, quer nas orientações para o registo adequado desses mesmos ensinamentos.

O registo de ensinamentos torna-se fundamental para a verificação da efetividade das práticas pelo que foi empreendido este estudo com a pretensão de fazer o diagnóstico da situação atual, tal como preconizado pela OE, que aponta este diagnóstico como uma das fases iniciais de elaboração de um guia de boas práticas de enfermagem. O estudo teve assim como finalidade verificar a efetividade dos ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN e avaliar o local de anotação mais utilizado para o seu registo.

A metodologia utilizada foi da mesma forma considerada adequada ao tipo de estudo empreendido, uma vez que permitiu responder às questões de investigação e alcançar os objetivos propostos. Assim, pela análise de 83 processos clínicos informatizados verificámos que em média as mães tinham 32,53 anos e que em 66,3% este RN era o 1º filho, nascidos em média às 36,12 semanas de gestação, sendo 57,8% dos bebés prematuros e 53,0% nascidos de cesariana.

Relativamente aos ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN preconizados para serem abordados e registados no aplicativo SAPE, verificou-se que o Banho e os Cuidados com a pele foram os efetuados mais frequentemente e em oposição, a e Limpeza das vias aéreas e parentalidade foram os menos abordados. A não existência de registos não implica obrigatoriamente que não tenham sido efetuados os ensinamentos, contudo em termos de análise, o que não está registado, não pode ser comprovado. De facto apenas o registo efetivo dos ensinamentos pode comprovar que estes foram alvo de intervenção pelo Enfermeiro/família.

Relativamente ao local de anotação para registar os ensinamentos, o mais utilizado foi a Check-List, seguido das Intervenções e por último das Notas Gerais. Constatou-se existência de registos em dois ou até mesmo três locais de anotação em simultâneo, com particular ênfase no caso do Banho e Amamentação em que tal se verificou em mais de 50% do total de processos analisados. Em contrapartida, outros processos houve em que se observou a inexistência de registo de alguns dos ensinamentos preconizados, em qualquer um dos locais de anotação, sendo essa constatação mais evidente nos ensinamentos relativos à Limpeza das vias aéreas.

No geral existem registos de todos os ensinamentos preconizados, mas esse registo não se verifica em todos os processos e muito menos no mesmo local de anotação. Quer a ausência, quer o registo em dois ou três locais em simultâneo, indicam uma clara falta de definição dos locais de anotação mais adequados para realizar esse registo o que pode dificultar/ enviesar os resultados de avaliação das práticas.

As principais conclusões do estudo prendem-se exatamente com a inexistência de critérios para a seleção do local de registo dos ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN, ou o seu registo maioritariamente num local de anotação que não permite analisar e avaliar a evolução da capacitação dos pais de forma contínua (Check-list). Da revisão bibliográfica emerge a noção de que o local mais adequado para registar os ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN é nas Intervenções. Uma vez que os ensinamentos requerem definição de intervenções de acordo com os diagnósticos de enfermagem atribuídos e da sua constante avaliação e atualização. A atualização implica o levantamento de novas intervenções de acordo com as necessidades de orientação e/ou autonomia adquiridas.

Os registos de enfermagem são fundamentais para dar visibilidade ao trabalho dos enfermeiros e são um importante instrumento de avaliação dos cuidados de enfermagem, sendo por isso fundamental uma perfeita definição da parametrização e local de anotação onde fazer o registo, justificando a pertinência da elaboração do Guia de Boas Práticas de registo de ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN. A autonomia da profissão depende em grande medida dos indicadores fornecidos pelos registos informáticos. Tão importante como fazer, é registar o que se faz, de forma a salvaguardar a efetividade e continuidade dos cuidados prestados assim como a eficácia das práticas.

SUGESTÕES

Os ensinamentos aos pais são sem dúvida fundamentais na promoção da parentalidade e autonomia nos cuidados ao RN e não deve terminar no momento da alta. Da mesma forma, para além da realização dos ensinamentos é importante que estes sejam registados e esse registo uniformizado, como tal, para além da exigência de definição de recomendações para a prática, fazem-se algumas sugestões coadjuvantes a este instrumento fundamental. Assim:

- Recomenda-se que os ensinamentos de preparação dos pais para a alta do RN preconizados na unidade sejam registados no local de anotação Intervenções.
- Uma vez que a unidade onde se realizou o estudo inclui, no aplicativo SAPE, uma Check-List de ensinamentos de preparação para a alta, sugere-se que esta seja

mantida como instrumento para aferir a autonomia dos pais nos cuidados ao RN no momento da alta, bem como para confirmar se todos os ensinamentos preconizados na unidade foram de facto efetuados.

- Reformular o SIE com vista à uniformização da parametrização e registos de enfermagem, quer na unidade em estudo, quer em conjunto com o serviço de obstetrícia, uma vez que muitos dos RN são transferidos daquele serviço.
- Nomear um enfermeiro de referência para cada RN/família baseando toda a atuação de enfermagem no método de parceria de cuidados.
- Criar uma “*Visita Domiciliária*”, como forma de seguimento do RN e família após a alta hospitalar, tendo em vista a vigilância e promoção da saúde.
- Elaborar, com os profissionais da área em conjunto com os pais, um manual de apoio para os cuidadores onde conste a informação necessária e pertinente com linguagem acessível, relativamente aos cuidados ao RN.
- Formar grupos de pais de forma a criar um espaço para o esclarecimento de dúvidas e estabelecimento de interação entre o profissional e a família. No caso de doença crónica da criança, pode servir como uma alternativa para facultar aos pais um conforto ao verificarem que não estão sozinhos na sua batalha e que há mais guerreiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, D., Ganges, F., Goldman, S., & Long, P. (2004). Cuidados ao Recém-Nascido - Manual de Consulta (Saving Newborn Lives). Save the Children Federation.
- Blume-Peytavi, Cork, M., Faergemann, J., Szczapa, J., Vanaclocha, F., & Gelmetti, C. (Julho de 2009). Bathing and cleansing in newboRN from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, pp. 751-759.
- Branco, M. (2003). Cuidados com o Cordão Umbilical. *Boletim Informativo da Secção de Neonatologia da SPP*, pp. 8-9.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2011). Atenção à Saúde do Recém-Nascido, CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO - Guia para os Profissionais da saúde (2ª Edição ed., Vol. 4). (Á. T. Materno, Ed.) Brasília, Brasil: MS, Editora.
- Broedsgaard, A., & Wagner, L. (Setembro de 2005). How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. (I. C. Nurses, Ed.) *International Nursing Review*, 52, pp. 196-203.
- Charepe, Z. (Setembro de 2004). Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica. *Nursing(N.º 191)*, pp. 6-12.
- CIPE, Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2011). Ordem dos Enfermeiros.
- Comissão Executiva do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (Laura Vilarinho, Paulo Pinho e Costa, Luísa Diogo). (2013). Programa Nacional de Diagnóstico Precoce: relatório 2012. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge I.P., Programa Nacional de Diagnóstico Precoce. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).
- Coutinho, D. J. (2011). Cuidados de higiene ao Recém-Nascido. Obtido de <http://jorgeazevedocoutinho.files.wordpress.com/2011/09/cuidados-de-higiene-ao-recc3a9m-nascido.pdf>
- Couto, F. F., & Praça, N. d. (Out./Dez. 2009). Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: Uma revisão bibliográfica. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 13 (4).
- Cunha, A. P., & Mota, L. (2006). Sistema de apoio à prática de Enfermagem - Guia Prático (1ª ed.). Lusociência.

- DGS Circular Normativa nº 08/DT. (2005). Circular Normativa nº 08/DT de 21/12/2005. Direção Geral de Saúde.
- DGS Norma nº 010/2013. (2013). Norma nº 010/2013 de 31/05/2013. Direção Geral de Saúde.
- DGS Orientação nº 001/2010. (2010). Orientação nº 010/2013 de 16/09/2010. Direção Geral de Saúde.
- Fernandes, J. D., Machado, M. C., & Oliveira, Z. N. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, pp. 102-110.
- Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: Sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar enfermagem*, pp. 34-47.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de Investigação: da Concepção à Realização*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures: Lusociência, Décarie Éditeur.
- Góes, A. (1999). Avaliação de questões relacionadas ao atendimento da equipe em uma unidade de cuidados intensivos neonatais sob a perspetiva dos pais após a alta. In WANDERLEY, D.B. *Agora eu era o rei - os entraves da prematuridade*. Ágalma.
- Guimarães, H., Tomé, T., Virella, D., & Mimoso, G. (2007). *Nascer Prematuro – Um manual para os pais dos bebés prematuros (2ª Ed ed.)*. Porto: Grupo Editorial- Direcção da Secção de Neonatologia - Triénio 2005-2007.
- Infopédia. (2014). Obtido em 22 de 05 de 2014, de Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora - Acordo Ortográfico: <http://www.infopedia.pt/>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO*. Comissão Nacional Comité Português para a UNICEF - Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2011). *Pesquisa em Enfermagem- Métodos, Avaliação Crítica e Utilização (4ª Edição ed.)*. Guanabara Koogan.
- Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (Julho de 2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, série III, n.1.
- Martins, A., Pinto, A. A., Lourenço, C. M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., . . . Santos, R. M. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12, N.º 2, pp. 52-61.
- OE. (2010). *GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA (3 ed., Vol. 1)*. Ordem dos Enfermeiros.

- OE. (2011). GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA (Vol. 2). Ordem dos Enfermeiros.
- OE Código Deontológico. (2009). Código Deontológico - Lei n. 111/2009 de 16 de Setembro de 2009. Ordem dos Enfermeiros.
- OE Divulgar. (Agosto de 2012). Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual - Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.
- OE Recomendações. (2007). RECOMENDAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DE GUIAS ORIENTADORES DA BOA PRÁTICA DE CUIDADOS. Ordem dos Enfermeiros, Comissão de Formação. Ordem dos Enfermeiros.
- OE Regulamento. (2011). REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM. Ordem dos Enfermeiros.
- OE REPE. (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). Legislação, Ordem dos Enfermeiros.
- OE SIE. (2007). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. Ordem dos Enfermeiros.
- Oliva, M., & Salgado, M. (2003). Cuidados básicos de puericultura ao recém-nascido. *Saúde Infantil* 25|2, 25, pp. 5-12.
- Oliveira, I. C., & Rodrigues, R. G. (Outubro-Dezembro de 2005). ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO: PERSPECTIVAS PARA O SABER DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA (1937-1979). *Texto & Contexto Enfermagem*, 14, pp. 498-505.
- Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de Enfermaria – El processo de atencion de Enfermaria*. Madrid: McGraw-Hill.
- Pinto, L. F. (2009). SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. Dissertação de Mestrado, UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, Vila Real.
- Portugal, Ministério da Saúde. (1991). Sistema de avaliação do desempenho da carreira de enfermagem. Decreto- Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, no Artigo 19º, nº2.
- Portugal, Ministério da Saúde. (2006). ORGANIZAÇÃO PERINATAL NACIONAL - Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, Lisboa.

- Rodrigues, S. P. (2010). Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências. Universidade de Aveiro, Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Secção de Neonatologia SPP - Consensos. (2004). Obtido em 23 de 03 de 2013, de Web Site da Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria: <http://www.lusoneonatologia.com/pt/consenso/23/consensos-neonatologia-2004/>
- Silva, A. C. (2006). CUIDAR DO RECÉM-NASCIDO – O ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS. Universidade Aberta de Lisboa. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa.
- Silva, C. R., & Viana, D. L. (2007). DICIONÁRIO ILUSTRADO DA SAÚDE. YENDIS.
- Sousa, P. A. (2006). Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde. Coimbra: Formasau.
- Videira Amaral, Coordenado por João M. (2008/2009/2010). TRATADO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA, CAPÍTULO 1 - A criança em Portugal e no Mundo. Demografia e Saúde (Vol. 1/2/3).
- Wong, D., & Whaley, L. (1999). Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. Guanabara Koogan.

ANEXOS



UNIDADE DE NEONATOLOGIA

PREPARAÇÃO PARA A ALTA (CHECK-LIST)

Nome do Bebê _____

Data de Nascimento ___/___/___ ID. Gestacional _____

Legenda da Avaliação

1	Requer orientação/Incentivo
2	Autonomia

Ensinos	Data/Assinatura da Enf ^a	Avaliação	Data/Assinatura da Enf ^a	Avaliação	Data/Assinatura da Enf ^a	Avaliação
Cuidados de Higiene e conforto						
Temperatura da água e ambiente						
Técnica do banho						
Cuidados ao umbigo						
Cuidados à pele						
Alimentação						
Horários						
Extracção/Conservação						
Preparação do leite adaptado/esterilização						
Amamentação: técnicas e cuidados à pele						
Sono e Repouso						
Ambiente						

Padrão de sono						
Posicionamentos						
Vigilância de Saúde						
Boletim de Saúde / Consultas						
Diag. Precoce/Vacinas						
Medicação: Vitaminas...						
Consulta de Enfermagem/peso						
Segurança						
Prevenção de Acidentes						
Transporte no automóvel						
Visitas, saídas, locais a evitar, contactos						
Problemas mais frequentes						
Bolçar/Vomitar						
Engasgamento						
Obstrução Nasal						
Febre						
Perda de Appetite						
Obstipação/Diarreia						
Cólicas						
Outros						

Grelha para avaliação dos registos

Ensinos Realizados	Banho	Amamentação	Segurança	Vacinação	Posicionamentos	Pele	Desenvolvimento Infantil	L Leite Adaptado e cuidados com os materiais	Cuidados ao coto umbilical	Limpeza das vias aéreas	Diagnóstico Precoce	Parentalidade	Total
	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sim Não
RN _____	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Idade: Mãe: _____ Pai: _____ Nº Filhos: _____ Residência: _____ Profissão: Mãe: _____ Pai: _____ Histórica Obstétrica: _____ Tipo Parto: _____ Semanas Gestação: _____
Processo nº _____	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Idade: Mãe: _____ Pai: _____ Nº Filhos: _____ Residência: _____ Profissão: Mãe: _____ Pai: _____ Histórica Obstétrica: _____ Tipo Parto: _____ Semanas Gestação: _____
	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Registo (intervenção) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Sim Não
RN _____	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Notas gerais <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Idade: Mãe: _____ Pai: _____ Nº Filhos: _____ Residência: _____ Profissão: Mãe: _____ Pai: _____ Histórica Obstétrica: _____ Tipo Parto: _____ Semanas Gestação: _____
Processo nº _____	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Check-List <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Idade: Mãe: _____ Pai: _____ Nº Filhos: _____ Residência: _____ Profissão: Mãe: _____ Pai: _____ Histórica Obstétrica: _____ Tipo Parto: _____ Semanas Gestação: _____

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Gabinete Apoio à Investigação
20 DEZ. 2012

Recbi

Centro Hospitalar Cova da Beira
Presente em reunião
Em: 19/12/2012

Despacho: *Am*

Presidente do C.A.
Prof. Doutor Miguel Castelo Branco

Vogal do C.A.
Prof.ª Dra. Anabela Almeida

Vogal do C.A.
Técnica Superior Orminda Sucena

Directora Clínica
Dra. Rosa Maria Ballesteros

Enfermeiro Director
Enf. António João Rodrigues

<p>Parecer:</p>	<p>Despacho:</p> <p><i>Reunido C.A.</i></p> <p>Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração Prof. Doutor Miguel Castelo Branco</p>
------------------------	--

ASSUNTO: Projecto de Investigação nº101/2012 - "Preparação da alta do RN e Família: avaliação dos ensinos de enfermagem e elaboração de guia de boas práticas"

<p>PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração</p> <p>DE: Gabinete de Apoio à Investigação</p>	<p>N.º 115/GII</p> <p>Data 05/12/2012</p>
--	---

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Sónia Sofia Gaiola Roque, aluno do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Preparação da alta do RN e Família: avaliação dos ensinos de enfermagem e elaboração de guia de boas práticas", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher - Unidade de Neonatologia deste Centro Hospitalar.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Normas do Gabinete de Investigação e Inovação.

Informo ainda que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta nº 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009: "A Comissão de Ética decidiu ainda: -----"

Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade;...".

Com os melhores cumprimentos, *pe me en*

O Gabinete de Investigação e Inovação

Rosa Saraiva
(D.ª Rosa Saraiva)

Recbi
Sónia
27/12/12

Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.