

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

AS VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO AO RECÉM-  
NASCIDO COM SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA NEONATAL E  
SUA FAMÍLIA

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Prof. (a) Doutor (a) Ana Paula dos Santos Jesus Marques França

Co-orientação:

Prof. (a) Mestre Maria da Conceição Marinho S.R.O.Reisinho

Sílvia Maria Garcia Pereira

Porto | 2012



### **AGRADECIMENTOS:**

À Professora Doutora Ana Paula França e à Professora Conceição Reisinho pela orientação e ajuda preciosas ao longo da preparação desta dissertação e por todas as suas palavras de conforto;

À minha madrinha, Fátima Pereira, amiga de todos os momentos, sobretudo os de desânimo, e cujo incentivo e apoio constantes me fizeram acreditar em mim e na viabilidade deste projeto;

Ao meu namorado, Aldo Furtado, pela sua paciência, compreensão e ânimo;

À instituição de saúde que aceitou colaborar no estudo, não esquecendo, em particular, os Colegas e Amigos que, direta ou indiretamente, colaboraram comigo, sobretudo os que partilharam as suas experiências vividas.

**MUITO OBRIGADA!**



## ABREVIATURAS

<b>AAP</b>	Academia Americana de Pediatria
<b>CIE</b>	Conselho Internacional de Enfermagem
<b>C.S.</b>	Centro de Saúde
<b>HSEAH-EPER</b>	Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo – Entidade Pública Empresarial Regional
<b>IF</b>	Índice de Finnegan
<b>NIDCAP<sup>®</sup></b>	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
<b>OEDT</b>	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
<b>RAA</b>	Região Autónoma dos Açores
<b>RN</b>	Recém-nascido
<b>SAN</b>	Síndrome de abstinência neonatal
<b>SMS</b>	Síndrome de morte súbita
<b>SNC</b>	Sistema nervoso central
<b>UCIN</b>	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
<b>UCEPN</b>	Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos/Neonatais
<b>VIH</b>	Vírus imunodeficiência humana



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	13
CAPÍTULO 1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	19
1.1 - Síndrome de Abstinência Neonatal: um Desocultar da Realidade .....	19
1.1.1 - <i>Manifestações Clínicas Relevantes para a Intervenção dos Enfermeiros</i> .....	22
1.1.2 – <i>Instrumento de Avaliação do Recém-Nascido com SAN</i> .....	24
1.1.3 – <i>Tratamento não farmacológico e farmacológico da SAN</i> .....	25
1.2 - Um Desafio para o Enfermeiro na UCIN .....	27
1.2.1 - <i>No Cuidado ao Recém-Nascido com SAN</i> .....	29
1.2.2 - <i>No Cuidado à Família do Recém-Nascido com SAN</i> .....	33
1.2.2.1– <i>Os Cuidados em Parceria e a Promoção da Parentalidade</i> .....	35
CAPÍTULO 2: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	43
2.1– Justificação e Finalidade do Estudo .....	44
2.2– Caracterização do Estudo.....	45
2.3 - Contexto e Participantes do Estudo .....	46
2.4 – Procedimentos de Recolha de Dados .....	47
2.5 - Considerações Éticas.....	49
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	51
3.1 – Tema A: A Criança .....	53
3.2 – Tema B: Os Pais .....	58
3.3 – Tema C: Os Pais no Cuidado à Criança .....	64
3.4 – Tema D: Os Sentimentos e as Sensações no Cuidar .....	70
3.5 – Tema E: As Dificuldades no Cuidar.....	74
3.6 – Tema F: Para Cuidar Bem .....	79
3.7 – Tema G: Para Cuidar Melhor.....	97
CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	111
ANEXOS .....	117
ANEXO I: Instrumento de Avaliação: Escala de Finnegan Modificada	
ANEXO II: Medidas não farmacológicas para o alívio dos sintomas de SAN	
ANEXO III: Tratamento farmacológico de SAN	
ANEXO IV: Requerimento de pedido de autorização de recolha de dados	
ANEXO V: Autorização do estudo e colheita de dados	
ANEXO VI: Consentimento Livre e Esclarecido	
ANEXO VII: Unidades de registo	
ANEXO VIII: Quadro síntese e tabulação dos Temas por Categorias, Subcategorias e Sub- subcategorias	





## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1:</b>	Síntese do Desenho do estudo .....	43
<b>TABELA 2:</b>	Categorias e subcategorias do Tema A: A Criança .....	53
<b>TABELA 3:</b>	Categorias e subcategorias do Tema B: Os Pais .....	58
<b>TABELA 4:</b>	Categorias e subcategorias do Tema C: Os pais no cuidado à criança.....	64
<b>TABELA 5:</b>	Categorias do Tema D: Os Sentimentos e as sensações no Cuidar .....	70
<b>TABELA 6:</b>	Categorias e subcategorias do Tema E: As Dificuldades no cuidar .....	75
<b>TABELA 7:</b>	Categorias, subcategorias e sub-subcategorias do Tema F: Para Cuidar bem....	80
<b>TABELA 8:</b>	Categorias e subcategorias do Tema G: Para Cuidar melhor .....	97



## RESUMO

O trabalho diário com crianças que experienciam Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN) e o apoio às suas famílias permanece invisível e deve ser incluído em programas de investigação e na prática efetiva. Esta síndrome ocorre nos recém-nascidos de mães toxicodependentes que após o nascimento ficam privados da droga a que foram expostos *in útero*. Caracteriza-se por manifestações de irritabilidade, hipertonia, choro intenso, tremores, padrão de sono alterado, dificuldades alimentares, etc. (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004). Para o alívio destes sintomas é necessário um tratamento e uma avaliação adequada da criança (Gutiérrez-Padilla [et al.], 2008). O enfermeiro assume a responsabilidade pelos cuidados de enfermagem a estas crianças, e a responsabilidade de suporte técnico e emocional das suas famílias, trabalhando em parceria com estas, de forma a promover a parentalidade (Oikonen [et al.], 2010).

O estudo, “As vivências dos enfermeiros no cuidado ao recém-nascido (RN) com SAN e sua família”, permitiu perceber as experiências vividas pelos enfermeiros da Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos/Neonatais do Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo, neste contexto. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de cariz fenomenológico, de abordagem qualitativa. A técnica utilizada para a recolha dos dados foi a entrevista semi-estruturada. O método para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo segundo Bardin. Da análise emergiram os temas: como o enfermeiro percebe a criança e os pais de quem cuida; como o enfermeiro percebe o cuidado dos pais ao seu filho; o que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família; as dificuldades sentidas por este no cuidar destas crianças e suas famílias; os focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família, e o que percebe como necessário para melhorarem os seus cuidados.

Foi possível perceber a complexidade e a relevância do cuidar destas crianças, associado às suas características, manifestações clínicas, sofrimento, bem como às características peculiares das suas famílias. Aliados a estes factos acrescem as dificuldades expressas pelos enfermeiros relativamente ao trabalho da equipa (descoordenação e deficit de comunicação); relação e comunicação difíceis com a família; falta de recursos, falta de formação específica, uniformização dos cuidados e desatualização do instrumento de avaliação do RN com SAN. No entanto, os profissionais referem sugestões para o colmatar dessas falhas. Foram expressos pelos enfermeiros, quando cuidam do RN e família, sentimentos e sensações de: frustração, ansiedade, revolta, cansaço, aflição, sofrimento, bem como afeição, satisfação, desafio e reconhecimento. Do discurso dos enfermeiros

podemos identificar competências no cuidar destas crianças e atitudes promotoras de parentalidade e criação de laços afetivos entre pais e filho. Os pais são, para eles e em grande parte, ausentes e desinteressados, no entanto outros são mais presentes e trabalham em parceria, prestando os cuidados básicos ao filho de forma autônoma, embora sem delicadeza e com dificuldades em cuidados mais complexos. Apresentam uma vinculação “*diferente*” e “*menos luminosa*”.

A partir do conhecimento destas realidades podemos adotar medidas que melhorem a prática de cuidados de enfermagem a estas crianças e suas famílias, com ganhos efetivos em saúde e eventual valorização profissional.

**Palavras-chave:** Síndrome de Abstinência Neonatal; Recém-nascido com SAN; Família toxicodependente; Enfermeiro neonatal; Parentalidade.

## ABSTRACT

The daily work with children with Neonatal Abstinence Syndrome (NAS) and the support given to their families remain unnoticed. This syndrome occurs in newborns of addict mothers who are deprived of the drug they were exposed to *in* the womb after birth. It is characterized by signs of irritability, hypertonia, intense crying, tremors, altered sleep patterns, feeding difficulties ... (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004). For the relief of these symptoms a proper treatment and assessment of the child is needed (Gutierrez-Padilla [et al.], 2008). The nurse assumes responsibility for nursing care to these children and the responsibility for technical and emotional support to their families, working in partnership with them in order to promote parenting (Oikonen [et al.], 2010).

This matter must be included in investigation programmes and put to practice. The study entitled "The experiences of nurses taking care of neonates with NAS and their families" gives an account of the experiences of the Neonatal Intensive Care Unit nurses of Santo Espírito Hospital in Angra do Heroísmo, in this context. This is an exploratory, descriptive and phenomenological study with a qualitative approach. The technique used to gather data was the semi-structured interview. The method used to analyse the data was Bardin's content analyses. The analyses brought out the following themes: how a nurse perceives the child and the parents he/she is taking care of; how a nurse perceives the way the parents take care of their child; what a nurse feels when he/she is taking care of the child and the family; the difficulties a nurse has to face; what a nurse focuses his/her attention on when taking care of the child and the family; what a nurse perceives as necessary to improve the care which is being provided.

This study has revealed that the complexity and importance of taking care of such children, when associated with their characteristics, clinical manifestations, their suffering and the peculiar characteristics of their families, is in fact a matter of concern. Furthermore there are the difficulties expressed by the nurses concerning the teamwork (lack of coordination and communication); difficult relationship and communication with the families; lack of resources; lack of specific training and care standardization, as well as the outdated assessment tool for neonatal abstinence syndrome. However, professionals make suggestions to overcome these difficulties. When taking care of the child and the family, nurses have shown feelings of frustration, anxiety, revolt, weariness, anguish, pain, as well as affection, satisfaction, challenge and recognition. They blame the parents for the child's suffering, although they don't behave like they blame them. The nurses are competent at taking care of these children and they promote parenting and the creation of affective

bonds between parents and children by talking to the parents and by sharing care. In general, they are absent and disinterested parents. However there are others who are more present and work together with the nurses, providing basic care for their child autonomously, though without delicacy and having difficulty in providing a more complex care like calming their child. They seem to have a “*different*” and “*less bright*” bond.

Based on the knowledge of these realities we can adopt measures to improve the practice of nursing care to these children and their families, with effective gains in health and eventual professional development.

**Key-words:** Neonatal Abstinence Syndrome; Neonate with NAS; Addict family; Neonatal Nurse; Parenting.

## INTRODUÇÃO

O consumo de drogas é um dos manifestos problemas de Saúde Pública no mundo atual e, nessa medida, em Portugal tem vindo a originar a crescente preocupação dos serviços oficiais, dos técnicos de educação e saúde, dos familiares, de todos aqueles que se empenham na promoção da saúde, no desenvolvimento e no bem-estar da comunidade e dos indivíduos que a constituem (Gaspar, 2009). No entanto, o relatório anual “A evolução do fenómeno da droga na Europa”, apresentado em Novembro de 2011, revela que o consumo de drogas estabilizou (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência - OEDT, 2011).

Tendo em conta os resultados de alguns estudos portugueses<sup>1</sup>, houve sim, quanto às substâncias ilícitas, um aumento das prevalências de consumo ao “Longo da Vida” (Balsa, 2008 e Feijão, 2008), sendo nos grupos etários dos 15-24 anos e dos 25-34 anos que ocorrem as prevalências acima da média (Balsa, 2008).

De acordo com o Relatório Anual de 2006, do OEDT, existiam grandes diferenças entre os géneros: os homens continuavam a ser mais consumidores do que as mulheres em todos os países europeus mas, em contrapartida, em dados recolhidos do National Survey on Drugs Use and Health, nos Estados Unidos em 2005, as mulheres representavam 30% desta população (Substance Abuse And Mental Health Services Administration, 2006). Se as repercussões do consumo abusivo são nefastas em ambos os sexos, as consequências da toxicodependência na mulher são notoriamente diferentes uma vez que estão relacionadas com a sua função sexual, reprodutiva, gravidez e função materna (Gaspar, 2009). A toxicodependência é uma doença crónica progressiva, potencialmente fatal, que atinge cada vez maior número de mulheres em idade fértil (dos 18 aos 44 anos) (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004). Sendo a toxicodependência desde já uma condição grave, torna-se mais preocupante quando associada a uma gestação (Martins, Guedes & João, 2008), pelas repercussões que a droga exerce quer na mulher, quer no feto e RN exposto a drogas *in*

---

<sup>1</sup> Inquérito Nacional em Meio Escolar, em 2006, sobre o consumo de drogas e outras substâncias psicoativas e o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa, em 2007.

útero (Flores & Calheiros, 2002). A verdadeira extensão dessa exposição é desconhecida, mas estima-se que 5,5% das grávidas consomem drogas opiáceas (heroína, metadona, morfina), haxixe e cocaína, expondo as crianças a problemas potencialmente sérios entre os quais a SAN (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004).

Esta síndrome surge no período neonatal e é resultante da súbita privação da droga a que o feto fica sujeito com o nascimento (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004). Caracteriza-se por irritabilidade do sistema nervoso central (SNC), sinais de doença gastrointestinal, sintomas neurovegetativos e sintomas respiratórios (Gutiérrez-Padilla, [et al.], 2008). Entre 48% a 94% das crianças expostas a drogas *in* útero desenvolvem sinais clínicos de SAN (Sarkar & Donn, 2006). Apenas 50% a 75%, das que apresentam alguns sinais, necessitam de tratamento (Serrano [et al.], 2004), sendo no entanto crucial a sua identificação, tratamento, avaliação e posterior acompanhamento (Martins, Guedes & João, 2008).

Estas crianças são assistidas em unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN), com tratamento farmacológico e não farmacológico adequado, o quadro clínico é difícil de reverter, dependendo de vários fatores, o que pode provocar um internamento longo (Gutiérrez-Padilla, [et al.], 2008). É um desafio para o enfermeiro que cuida não só destas crianças, como também das suas famílias (pais toxicodependentes), sendo necessário trabalhar em parceria com estas, de forma a promover o papel parental e estabelecer um vínculo afetivo entre pais-filho (Oikonen [et al.], 2010).

Segundo Gaspar (2009) os profissionais de saúde desempenham ainda um papel relevante na mudança de comportamentos destas famílias, através do esclarecimento e consciencialização do problema, na sua motivação para o tratamento com metadona, no apoio direto e encaminhamento para os serviços especializados.

O consumo de drogas durante a gestação não é um fenómeno novo e tem sido tema de inúmeras pesquisas, principalmente na América do Norte. Nos anos 60 começaram a surgir referências aos efeitos adversos da exposição fetal a drogas e nos anos 70 começaram a ser estudados os efeitos dos opiáceos nas crianças (Peralta, 2002). Em 2001, o Maternal Lifestyle Study, o maior estudo até ao momento sobre a exposição pré-natal a drogas realizado em quatro centros americanos, trouxe algumas contribuições importantes para o conhecimento desta área, esclarecendo que o problema é complexo, pois relaciona-se com o uso de múltiplas drogas e com as condições socioculturais nas quais estas crianças crescem. A exposição pré-natal é o marcador de situações adversas de vida, como o uso de outras drogas, a pobreza, a monoparentalidade, a baixa escolaridade materna, as doenças sexualmente transmissíveis e as doenças psiquiátricas (Cunha, 2007).



Os efeitos neurotóxicos, durante o período de desenvolvimento intrauterino, podem ocasionar inúmeras sequelas, precoces e tardias, nas crianças, tanto a nível motor como comportamental (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004), distúrbios do desenvolvimento cognitivo e da linguagem; anormalidades neurológicas, envolvem alterações da interação da criança e seus pais (Cunha, 2007; Marcellus, 2007). No entanto, algumas pesquisas indicam que as crianças que apresentaram SAN têm um bom desenvolvimento no seu primeiro ano de vida se as mães já não consumirem e se são criadas num ambiente de apoio (Marcellus, 2007).

Houve um avanço na gestão da SAN desde os relatórios iniciais na década de 1970 com o trabalho de Finnegan e seus colegas. Este continua a ser apontado como a chave de ouro e a base teórica em que os estudos atuais e diretrizes da prática são projetadas (Fraser [et al.], 2007). A pesquisa sistemática em neonatos tem ficado bastante aquém, comparativamente à pesquisa em crianças maiores e em adultos, possivelmente por razões tais como as dificuldades éticas associados à condução de pesquisas sobre essa população vulnerável. Também é possível que a pesquisa contínua no domínio da SAN desfeche, por não ter o "cachet"<sup>2</sup> de outros problemas neonatais, sendo visto principalmente, como um bem social ou um problema moral (Marcellus, 2007).

A mesma autora refere que a maioria dos estudos sobre SAN se centram na gestão farmacológica como principal modalidade de tratamento. A evidência da avaliação da eficácia de estratégias de gestão conservadora de cuidados diários a essas crianças (trabalho do enfermeiro) é escassa. Na literatura não há referência a estudos nesta área em Portugal mas evidenciamos um estudo, muito recente, realizado no Canadá por Oikonen [et al.] (2010) em que os enfermeiros refletem uma luta pessoal entre as habilidades técnicas e as críticas à criança com SAN e a necessidade de providenciar competências parentais, referindo ser um desafio que inclui exaustão e frustração.

Durante o período de abstinência aguda os enfermeiros são, sem dúvida, o instrumento-chave no cuidar de crianças com SAN. A prática de enfermagem e a experiência não estão, ainda, devidamente refletidas, exploradas e reveladas na literatura, ou seja, na literatura é difícil ouvir a voz dos enfermeiros. O trabalho diário com as crianças que experienciam esta privação e o apoio às suas famílias, que muitas vezes enfrentam múltiplas situações de stresse, permanece invisível e devem ser incluídos em programas de investigação e na prática efetiva. Por isso, pretendemos com este estudo, cujo tema é "As vivências dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos/Neonatais

---

<sup>2</sup> Significa valor potencial a nível clínico. A opção de manter a palavra do autor deve-se ao peso que ela transmite.

(UCEPN) do Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo – Entidade Pública Empresarial Regional (HSEAH-EPER) no cuidado aos RN's com SAN e suas famílias”, perceber as experiências dos enfermeiros que cuidam de RN's com SAN e de suas famílias e conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no cuidado aos RN's com SAN e suas famílias.

O abuso de drogas ilícitas é um problema grave da sociedade açoriana. Vimos que se torna mais preocupante quando, ao consumo de drogas, se associa a gravidez e ainda mais preocupante é o desenvolvimento de dependência no RN. O número de casos de internamento neonatal por SAN na Região Autónoma dos Açores (RAA), mais especificamente no HSEAH-EPER<sup>3</sup>, a ausência de estudos portugueses que se relacionem com as intervenções dos enfermeiros nesta área específica, bem como as dificuldades sentidas pela investigadora enquanto Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no cuidado a estas crianças, justificam o investimento neste tema.

A UCEPN do HSEAH-EPER é muito recente, importando compreender quais as experiências e dificuldades sentidas pelos enfermeiros face à complexidade do cuidar destas crianças e suas famílias, no sentido do desenvolvimento de uma prática mais fundamentada. A compreensão do fenómeno em questão permitirá a instituição de medidas que melhorem a prática de cuidados de enfermagem a estas crianças e suas famílias, com ganhos efetivos em saúde e eventual valorização profissional dos enfermeiros. Este estudo pretende ainda um entendimento mais profundo do pesquisador e acreditamos que possa vir a ter o potencial de influenciar os outros. Assim, reconhecemos que na leitura deste trabalho há uma possibilidade de abrir novos caminhos de cuidados, não só nesta unidade, mas em muitas outras unidades do país.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de cariz fenomenológico, consequentemente de abordagem qualitativa. A opção por esta abordagem deve-se ao facto de ter como preocupação a compreensão do ser humano e do seu comportamento, partindo do pressuposto de que o conhecimento dos indivíduos é possível através da descrição das experiências humanas vivenciadas pelo sujeito. De acordo com Bogdan e Biklen (1994), a fenomenologia busca a compreensão do fenómeno interrogado, não se preocupando com explicações e generalizações.

A técnica seleccionada para a recolha dos dados é a entrevista individual semi-estruturada, e através desses dados será possível compreender as percepções e práticas dos

---

<sup>3</sup> Número de internamentos de RN's com SAN referentes aos anos 2006 a 2011, (data correspondente à abertura da UCEPN desta instituição). O número de RN's com SAN nos anos de 2006 e 2011 foram os mais relevantes em termos de internamento, com um total de 6 em cada ano. Em termos percentuais, verifica-se que os anos 2006 e 2011 apresentam 21% do total dos internamentos considerados, com uma média anual de cinco RN's com SAN.

participantes frente à SAN. O método para o tratamento dos dados será a análise de conteúdo de Bardin, porque possibilita a descoberta de experiências, crenças, valores e pensamentos dos enfermeiros que trabalham com estas crianças e suas famílias, utilizando para isso, uma técnica metodizada, composta de passos sequenciais e que, através da linguagem no discurso do participante da pesquisa, tem o material primordial para a sua operacionalização.

Do ponto de vista estrutural este trabalho é constituído por três capítulos, sendo o primeiro reservado ao enquadramento teórico, cujo conteúdo dará suporte à problemática em estudo. No primeiro capítulo serão abordados alguns aspetos históricos e conceitos relativamente à SAN, e implicações clínicas desta entidade nosológica que permitam compreender a complexidade da intervenção da enfermagem a estas crianças e suas famílias. O segundo capítulo refere-se aos procedimentos metodológicos. O terceiro dedica-se à apresentação dos resultados, respetiva análise e discussão. Por último, são apresentadas as conclusões do estudo.



## **CAPÍTULO 1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A conceptualização sobre o assunto abordado num estudo de investigação tem em vista situar esta investigação no contexto dos conhecimentos atuais. Um quadro teórico ou conceptual é definido desde o início, de maneira a dar ao estudo uma direção precisa. O quadro de referência será respeitado, de forma constante, até à interpretação dos resultados, os quais serão discutidos neste contexto (Fortin, 2009).

### **1.1 - Síndrome de Abstinência Neonatal: um Desocultar da Realidade**

Numa breve revisão de literatura, desde a mais antiga à mais atual, encontra-se referência a muitos termos que descrevem o processo de abstinência neonatal. Estes termos incluem síndrome de abstinência de narcóticos, SAN, abstinência de opiáceos neonatal, síndrome de abstinência de drogas, ausência de opiáceos neonatal, síndrome congénita neonatal e dependência de narcóticos (Marcellus, 2007). O termo SAN provavelmente tornou-se dominante por causa do trabalho de pesquisa de Finnegan. Embora seja uma utilização tecnicamente correta do termo síndrome, a mesma autora refere que em alguns casos torna-se um rótulo que permanece com a criança por muito tempo após o desaparecimento dos sintomas. Numa perspetiva mais coerente, o uso de múltiplos termos pode dificultar as pesquisas bibliográficas. Algumas referências usam, simplesmente, o termo “abstinência neonatal”, o que até poderia ser útil na medida em que representaria a descrição das experiências da criança nesse período neonatal e a redução do estigma do rótulo "Síndrome". No entanto, neste estudo será utilizado o termo SAN, por ser o mais evidenciado nos estudos recentes e o mais utilizado na prática clínica.

É importante referenciar, nesta fase inicial e parafraseando Hamdan (2010), que a SAN é um processo complexo e há que diferenciar dois tipos de SAN: SAN devido ao uso pré-natal de drogas que resultam em sintomas de abstinência neonatal (que é o abordado

neste estudo) e a síndrome pós-neonatal secundária à descontinuidade abrupta de medicamentos utilizados no tratamento de dor no RN.

Um grande número de mulheres consome drogas ilícitas durante a gravidez. Esta é a causa de um problema de saúde pública que tem grandes repercussões clínicas, sociais e psicológicas para a grávida e para o RN, para além de consequências jurídicas e económicas. É uma realidade o RN estar cada vez mais exposto a drogas durante a gravidez, daí ser primordial definir e perceber como se desencadeia todo este processo de SAN (Marcellus, 2007; Mellado [et al.], 2008; Hamdan, 2010).

Embora os estudos sobre toxicologia fetal tenham sido iniciados no princípio do século XX, a potencialidade dos agentes químicos em produzir efeitos tóxicos sobre o feto em desenvolvimento só foi reconhecida no início da década de 60. Além disso, o facto da exposição a agentes químicos durante a gestação poder originar consequências imediatas e permanentes, após o nascimento, foi só amplamente constatado no início da década de 70 (Gaspar, 2009). Atualmente, é confirmada a ação neurotóxica desses agentes para o RN. Destes, alguns são o abuso de drogas como os opiáceos (heroína, metadona, morfina), haxixe, álcool, cocaína, etc. (Silva, 2005).

Durante o período pré-natal a placenta não representa uma barreira protetora do feto relativamente às drogas consumidas pela mãe. É sabido que quase todas as drogas passam pela circulação placentária. Os opiáceos, haxixe e cocaína são drogas de relativamente baixo peso molecular (<1g /mole) o que facilita a sua passagem para o feto, onde têm uma semivida mais longa do que nos adultos devido à sua imaturidade (Ferreira & Fernandes, 2008). A exposição a drogas *in útero* pode levar a graves alterações no feto: por um lado, os efeitos diretos da droga no crescimento e desenvolvimento do feto; por outro lado, o aparecimento de SAN, que se dá após o nascimento do RN quando a droga consumida pela mãe durante a gravidez deixa de estar disponível, dando origem ao quadro de abstinência (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004; Gutiérrez-Padilla, [et al.] 2008).

A SAN está, assim, essencialmente associada ao quadro clínico de RN's, filhos de mães toxicodependentes, que foram expostos *in útero* a diversas substâncias consumidas pela mãe, isoladamente ou em associação, e se tornaram fisicamente dependentes. Estes, como já referi, experienciam esta dependência aquando o seu nascimento, em resultado da súbita privação da droga, devido à interrupção do afluxo sanguíneo proveniente da circulação materna (Serrano [et al.], 2004; Johnson, Gerada & Greenough, 2003; Martins, Guedes & João, 2008 e Mellado [et al.], 2008). É definida como uma entidade clínica caracterizada por irritabilidade do SNC, sinais de doença gastrointestinal, sintomas neurovegetativos e sintomas respiratórios (Gutiérrez-Padilla, [et al.], 2008), e é

frequentemente necessária a intervenção farmacológica para o controlo de sinais e sintomas severos (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004). Esta síndrome pode surgir logo após o parto, ou mais tardiamente durante as duas primeiras semanas de vida, com predomínio nas primeiras 72 horas pós-parto (Mellado [et al.], 2008).

Vázquez [et al.] em 1997 referiam que a SAN havia aumentado nas UCIN's paralelamente ao aumento do abuso de drogas na sociedade de então. A incidência desta patologia depende da população estudada, por vezes a apresentação clínica é variável, podendo não ser reconhecida de imediato pelos profissionais de saúde que prestam assistência ao RN (Ribeiro, Santos & Jucá, 2002). Para além disso, nos dias de hoje, muitos RN's têm alta ao fim de 72 horas correndo o risco de manifestarem SAN em casa (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004). Atualmente, alguns estudos revelam que cerca de 60 a 90 % dos RN's cujas mães eram toxicodependentes, desenvolveram SAN, após o nascimento (Silva, 2005). O seu diagnóstico é estabelecido com base na apresentação clínica num contexto de consumo de substâncias aditivas, após exclusão de outros diagnósticos e pode, nos casos graves, pôr em risco a vida do RN (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004). No entanto, a mortalidade raramente se associa à abstinência isoladamente, ocorrendo como consequência de prematuridade, infeção ou asfíxia perinatal (Avery & Taeusch, 2003).

O aumento do risco desta doença está diretamente relacionado com a quantidade sérica da droga usada pela mãe durante a gravidez: quanto maior a dose consumida maior o efeito de abstinência (Gutiérrez-Padilla, [et al.], 2008). No entanto, a SAN depende também do tipo da droga, do tempo em que foi ingerida, da via de administração, da associação a outras drogas (Silva, 2005), do tempo de gestação (Ferreira & Fernandes, 2008) e de outros fatores, incluindo a variabilidade genética do indivíduo (Rubio [et al.], 2001). Tendo em conta o tempo de gestação, a SAN é menos frequente em RN's pré-termo, refletindo o menor desenvolvimento do SNC, bem como um menor tempo de exposição às drogas (Ferreira & Fernandes, 2008).

A história clínica do uso de drogas na gestação deve ser obtida na sala de partos e na UCIN, para que as medidas sejam tomadas antes do início dos sintomas de abstinência e também porque a preocupação da mãe com a saúde do seu bebé pode encorajar respostas mais válidas. Inversamente, o medo de represálias legais ou de perda da guarda da criança pode causar negação da mãe do uso de drogas ou uma subestimação da quantidade ingerida. A maioria da informação obtida pela mãe varia amplamente e pode não ser confiável (Hamdan, 2010), por isso há que apostar nos exames de rotina. No entanto, existem problemas éticos importantes na triagem universal que devem ser considerados antes da adoção de uma tal abordagem (Johnson, Gerada & Greenough, 2003). Se não há

informação de consumo, o quadro clínico de SAN pode ser confundido com outros problemas do período neonatal, como desequilíbrio hidroeletrólítico e infeção. Prematuridade, atraso de crescimento intrauterino e anomalias vasculares podem estar associados à SAN (Ribeiro, Santos & Jucá, 2002), requerendo-se uma avaliação cuidadosa.

A SAN é a principal causa evitável de problemas mentais, físicos e psicológicos em crianças (Hamdan, 2010). Estes prognósticos dependem do grau de compromisso no desenvolvimento neurológico e cognitivo, do *timing* em que é feito o diagnóstico, e do suporte social e familiar de que a criança poderá beneficiar (Pinho, Pinto & Monteiro, 2006).

Muito do que se conhece sobre a SAN é baseado no modelo biomédico da doença, dando menor consideração aos aspetos sociais, históricos e às influências políticas sobre o desenvolvimento do conhecimento do fenómeno. Considerar uma perspetiva de construção social na atuação da SAN fortalece os fundamentos teóricos, amplia os programas de investigação e melhora as práticas (Marcellus, 2007). Na mesma linha de pensamento, Hamdan (2010) refere que a SAN representa um problema clínico e social. Mesmo que os conhecimentos sobre as drogas utilizadas durante a gravidez tenham avançado consideravelmente, continua a haver preconceitos, perceções e rótulos negativos atribuídos à droga, às mães e seus filhos. Quando uma criança é diagnosticada com SAN, as imagens e perceções associadas ao uso de drogas são usadas para definir a doença. Há autores que referem alguns rótulos utilizados anteriormente nestas crianças como "idiotas", "monstros", que foram substituídos por, "bebés do crack", "filhos de condenados", "crack no berço" (Bradley, 1995 cit. por Marcellus, 2007), "bebés viciados" (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006). Neste contexto, e relativamente ao "bebé viciado", o RN que foi exposto a drogas *in útero* não é viciado no sentido comportamental, mas pode apresentar sinais fisiológicos como resultado da exposição e uma possível SAN (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

### 1.1.1 - *Manifestações Clínicas Relevantes para a Intervenção dos Enfermeiros*

As respostas fisiológicas das crianças na ausência da droga são similares às dos adultos mas, por causa da natureza neurológica neonatal, as implicações podem ser mais graves no período neonatal (Ferreira & Fernandes, 2008). Em literatura recente a SAN é classificada em graus variados, de acordo com o tipo de droga a que o RN foi exposto (Marcellus, 2007). Apesar de não haver necessidade de diferenciar os tipos de droga neste



estudo, há que ter em conta que todas as drogas têm as suas especificidades e consequentes implicações clínicas. Um estudo, realizado por Coyle em 2005 citado por Ferreira e Fernandes (2008), mostra-nos que a cocaína não causa SAN, mas pode levar a anormalidades no crescimento cerebral causando outros problemas neurológicos, enquanto se verifica que cerca de 60% dos RN's filhos de mães toxicodependentes de heroína irão sofrer este quadro. A substituição pela metadona, em programas específicos, permite um melhor controlo e uma evolução mais promissora da gravidez pela sua habilidade em bloquear os efeitos eufóricos da heroína (Serrano [et al.], 2004). No entanto, é de realçar que as crianças que são expostas a heroína e/ou cocaína apresentam um maior risco de síndrome de morte súbita (SMS) do lactente (Kaplan, 2007).

Crianças com SAN podem exigir tratamento prolongado e semanas de hospitalização (Sarkar & Donn, 2006). Atualmente, a metadona tem sido amplamente utilizada como terapia de substituição em toxicodependentes. As grávidas, nestes programas, têm melhores cuidados pré-natais mas os RN's apresentam quadros de SAN mais prolongados (Ferreira & Fernandes, 2008).

Além dos efeitos de abstinência, estas crianças podem, também, ter riscos específicos relacionados com o uso de drogas injetáveis, com a saúde materna e condições sociais, incluindo o vírus da imunodeficiência humana (VIH), hepatite C, SMS neonatal e baixo peso ao nascer (Marcellus, 2007).

As drogas que causam dependência na mãe vão causá-la, também, no feto. Ao nascer, a dependência no RN sobre a droga continua mas, como esta não está mais disponível, o SNC do RN faz uma hiperestimulação de sintomas de abstinência. Algumas drogas são mais propensas a causar sintomas de abstinência do que outras, mas todas têm efeitos sobre o RN (Mellado [et al.], 2008).

A SAN é definida amplamente como a presença de sintomas em RN's expostos a drogas *in útero*. Estes sintomas incluem hipersensibilidade do SNC, disfunção autónoma e distúrbios gastrointestinais (Marcellus, 2007). De entre estes, Serrano [et al.] (2004) e Mellado [et al.] (2008) especificam: *Neurológicos* (tremores, irritabilidade e inquietação, choro gritado, hipertonia, Moro exuberante, distúrbios de sono e convulsões); *Gastrointestinais* (dificuldades alimentares por sucção descoordenada ou excessiva, vômitos, diarreia, perda ponderal excessiva, desidratação); Alterações do *sistema nervoso autónomo* (sudorese intensa, instabilidade térmica e febre, obstrução nasal, espirros, bocejo, manchas irregulares da pele) e *Sinais respiratórios* (Taquipneia).

Os sintomas são variáveis, podendo ter um início suave transitório ou começar de forma aguda e podem durar de oito a 16 semanas, ou mais (Ferreira & Fernandes, 2008;

Mellado [et al.], 2008). No entanto, Lemos [et al.]<sup>b</sup> (2004) acrescentam que o início, a duração e a severidade dos sintomas depende da semivida da droga, da duração da dependência e do intervalo de tempo da última toma. Quanto maior a semivida da droga mais tardio é o início da sintomatologia e quanto maior for o intervalo de tempo entre a última toma materna e o nascimento, menor é a probabilidade do RN desenvolver sintomatologia. Doses mais elevadas estão associadas a maior severidade dos sintomas. Devido à longa semivida da metadona, os sintomas de abstinência provocados por esta substância é mais tardio (48 a 72 horas de vida), do que os provocados pela heroína, que surgem logo nas primeiras 24 a 48 horas. Por isso, os RN's com mães em programa de metadona e consequente exposição fetal a este substituto opiáceo, têm sinais e sintomas de privação mais intensos, requerendo tratamento mais frequente. Schechner (2005) refere ainda que a abstinência por uso de múltiplas drogas é mais grave que a provocada por drogas isoladas e, segundo Gutiérrez-Padilla [et al.] (2008), nestes casos os sintomas podem ser observados mesmo meses após o nascimento (4º e 6º mês de vida), facto a que os autores Lemos [et al.]<sup>a</sup> (2004) fazem referência como sendo uma forma subaguda de SAN.

No estudo de Lemos [et al.]<sup>a</sup> (2004), os sintomas mais evidentes foram: tremores, irritabilidade, hipertonia e hiperreflexia. Os sintomas gastrointestinais foram raros. Mellado [et al.] (2008) referem que estes são os mais difíceis de controlar, causando uma hospitalização mais prolongada.

### *1.1.2 – Instrumento de Avaliação do Recém-Nascido com SAN*

Perante um RN com SAN, é necessário um sistema de classificação para pontuar coerentemente o quadro e aferir a gravidade da situação (Avery & Taeusch, 2003).

Existe um grande número de recursos de avaliação que são frequentemente usados para estimar a severidade da privação a drogas após o nascimento. A Escala de Abstinência Neonatal de Finnegan Modificada, mais conhecida por Índice de Finnegan (IF), (Anexo I), relaciona os sinais e sintomas em RN's expostos a opiáceos. Este sistema de pontuação (*scores*), organiza os sinais e sintomas em grupos (sistemas e aparelhos), ponderados de acordo com o nível de significância patológica. Outras escalas de pontuação foram desenvolvidas, todas com o objetivo de tentar fornecer uma avaliação estruturada do grau de sintomas de privação do RN. Várias críticas surgem de todas as ferramentas de pontuação. Uma delas é não incluírem o tipo de manipulação que os RN's estão a receber e o ambiente que os rodeia, uma vez que afeta o seu comportamento (Marcellus, 2007).

O IF é a escala de avaliação mais universalmente aceite e a mais utilizado nas UCIN's em Portugal. Embora sendo um sistema muito utilizado, é complexo e difícil de aplicar em unidades com poucos recursos humanos e com muita atividade. O IF é composto por 31 itens, faz uma avaliação semi objetiva do estado do RN, permite monitorizar o início e a evolução da sintomatologia, bem como a resposta ao tratamento, devendo servir de guia e não como motivo de decisão final (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004).

Mellado [et al.] (2008) abordam algumas máximas em relação ao IF: deve-se fazer a avaliação do RN cerca de duas horas após o nascimento e, daí em diante, a cada quatro horas; se em algum momento o *score* for de 8 valores ou mais, deve-se avaliar a cada duas horas e continuar por 24h; se não for preciso tratamento farmacológico, o RN é avaliado nas primeiras 96h de vida, e se a pontuação é de 8 ou mais em três sessões consecutivas, há que avaliar o RN para iniciar tratamento farmacológico. Uma vez controlado o quadro de abstinência é possível diminuir gradualmente a terapêutica até à sua interrupção. Este controlo é definido como: pontuações de 8 ou inferiores a 8; RN calmo, com os ciclos de sono e alimentação rítmicos e aumento ponderal.

Segundo o Neonatal Handbook (2010), o momento de aplicação desta escala deve ser uma hora após a alimentação do RN. No entanto, as *guidelines* para o RN com SAN do Royal Women's Hospital (2011) mencionam que a aplicação desta escala pode ser 30 minutos após a alimentação. Todos os autores consultados são unânimes face à importância de que a mãe esteja envolvida no processo de aplicação da escala, pois associa-se a uma maior aceitação por parte desta da condição clínica do seu filho.

### 1.1.3 – Tratamento não farmacológico e farmacológico da SAN

Confirmado o diagnóstico é urgente um tratamento farmacológico e/ou não farmacológico, uma vez que as suas manifestações poderão agravar-se. Atualmente sabe-se que cerca de 90% dos RN's com SAN apresentam sintomas de privação, mas apenas 50% a 75% necessitam de tratamento farmacológico (Serrano [et al.], 2004). Porém, o tratamento não farmacológico deve ser sempre a primeira tentativa e uma constante em todos os esquemas terapêuticos (Silva, 2005), uma vez que a terapia farmacológica pode contribuir para o prolongamento da hospitalização do RN, além de o submeter a um tratamento desnecessário, ineficaz ou mesmo prejudicial (Sarkar & Donn, 2006).

Segundo Marcellus (2007) na SAN os objetivos do tratamento são aceites para aliviar os sinais e sintomas de abstinência, melhorar a alimentação e ganho ponderal,

prevenir convulsões, reduzir o tempo de internamento, melhorar a interação Mãe-RN, reduzir a incidência de mortalidade infantil e um anormal desenvolvimento neurológico. Para muitas crianças com sintomas leves ou sem sintomas, uma gestão conservadora é geralmente o tratamento suficiente. Para RN's com grave sintomatologia, o tratamento farmacológico pode ser necessário para estabilizar a criança, na medida em que a dependência física está em causa, de modo a que os padrões normais do RN, tais como o sono e a sucção, possam ser restaurados, e graves efeitos adversos, tais como as convulsões e a desidratação, possam ser evitados. O tratamento com fluidos intravenosos e reposição de eletrólitos pode ser necessário, na fase aguda.

O tratamento não-farmacológico consiste na utilização de algumas medidas de suporte que visam satisfazer as necessidades do RN, controlando as manifestações apresentadas (Silva, 2005). Estas medidas habitualmente incluem **proporcionar conforto**, fomentando o posicionamento em flexão, para promover a estabilização motora. A sucção, o aconchego e a contenção são estratégias essenciais para garantir os processos de autorregulação. Num estudo desenvolvido por Maichuk, Zahorodny e Marshall (1999), concluiu-se que a posição ventral se revelava mais eficaz no controlo dos sintomas do que a posição dorsal, em RN's com SAN; **diminuir a estimulação sensorial** (locais calmos, baixa luminosidade e ruído, e evitar manipulação excessiva); **aleitamento materno** se a mãe está sob regime de metadona (Serrano [et al.], 2004). No entanto, a Academia Americana de Pediatria (AAP), até há bem pouco tempo considerava desaconselhável a amamentação quando a quantidade consumida de metadona era superior a 20mg/dia. Em 2001, essa posição foi revista e, atualmente, todas as mães em programa de metadona podem amamentar se não existirem contra-indicações médicas (Mohamed [et al.], 2006), tais como o consumo associado de outras drogas ou no caso de mães seropositivas para o VIH (Serrano [et al.], 2004). O estudo de Mesquita [et al.] (2003), face ao contexto da avaliação da atuação da equipa de Intervenção Precoce da Maternidade Bissaya Barreto na vigilância pré e pós-natal das grávidas toxicodependentes e dos seus filhos nos anos 1996 a 2000, faz referência a uma amamentação de sucesso, em que 70% dos RN's de mães toxicodependentes tiveram alta com aleitamento materno exclusivo e 18% com suplemento de leite artificial; **refeições pequenas e frequentes** (se possível respeitar o apetite do RN) e refeições **hipercalóricas** se o aumento ponderal for inadequado. O suporte calórico deve ser entre 150 a 250 cal/Kg/dia de modo a compensar o gasto calórico causado pela agitação e choro (Serrano [et al.], 2004; Silva, 2005).

O Women and Newborn Drug and Alcohol Service (2008) apresenta, de uma forma esquemática, os padrões de comportamento manifestados pelo RN com SAN e algumas

medidas não farmacológicas para o alívio dos sintomas (Anexo II). Quando o RN não apresenta efeitos positivos no alívio dos sintomas com um ambiente calmo, com o mínimo de estímulo possível, com o agrupamento de cuidados de forma a evitar o toque excessivo e uma superestimulação, recorre-se ao tratamento farmacológico (Silva, 2005). Os objetivos deste tratamento são, por um lado reduzir as manifestações do SNC sem provocar demasiada sedação, de modo a não comprometer a alimentação e a vinculação entre mãe e filho, e por outro diminuir a severidade dos sintomas (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004).

Marcellus (2007) refere que na SAN a associação de medidas farmacológicas é uma constante. No entanto, a escolha do fármaco para o tratamento da SAN revela-se difícil pela controversa informação da eficácia e segurança dos vários agentes farmacológicos (Anexo III), embora pareça existir consenso que os opioides são ainda os fármacos mais efetivos no tratamento deste quadro (Ferreira & Fernandes, 2008). Atualmente, quase todos os protocolos de neonatologia colocam como primeira escolha a solução de morfina, tendo como armas secundárias o fenobarbital, a clorpromazina, o diazepam e a metadona (Sarkar & Donn, 2006). De qualquer forma, não existe um regime *standard* para estes casos (Ferreira & Fernandes, 2008).

No estudo de Sarkar e Donn (2006) é referido que cerca de metade das UCIN's nos EUA, não possuem *guidelines* para o tratamento da SAN e têm políticas inconsistentes para o diagnóstico e tratamento destes quadros. Já em 1998, a AAP publicou diretrizes relativas ao acompanhamento e tratamento ao RN com SAN, na sequência de opiáceos ou exposição *in útero* de policonsumo. Depois disso muitas outras pesquisas e novas orientações foram realizadas a nível do tratamento mas, muitas vezes, não são traduzidas em práticas quotidianas e, como consequência, muitos dos RN's não recebem os cuidados recomendados (Sarkar & Donn, 2006). Os mesmos autores acrescentam que é necessário aplicar as recomendações baseadas na evidência e assegurar mudanças na prática clínica sobre a gestão da SAN, de acordo com *guidelines*, de modo a estabelecer iniciativas de melhoria de qualidade com uma política padronizada.

## 1.2 - Um Desafio para o Enfermeiro na UCIN

As UCIN's constituem um ambiente terapêutico apropriado para o tratamento de RN's de alto risco, sendo consideradas unidades de alta complexidade. Além da tecnologia e equipamentos diversificados, estas unidades contam com profissionais altamente

capacitados, procedimentos especializados e protocolos específicos para a assistência do RN, em todas as suas valências, incluindo a SAN, de forma a garantir a sua sobrevivência, desenvolvimento saudável, inserção no seio familiar (Montanholi, 2008), e a qualidade e a continuidade dos cuidados (Mellado [et al.], 2008). No entanto, Fraser [et al.] (2007), no seu estudo, questionam se terão as UCIN's o ambiente mais propício para os RN's com SAN, dado serem consideradas ambientes demasiado estimulantes que podem comprometer o seu desenvolvimento. Este é um aspeto a não descurar uma vez que, e parafraseando Montanholi (2008), o ambiente envolvente ao RN é fundamental no seu desenvolvimento mas, segundo Wernet (2007) e Conz (2008), o ambiente da UCIN, (separação da mãe, iluminado e barulhento), apesar de acarretar algumas consequências negativas para o desenvolvimento harmonioso do RN, ao mesmo tempo providencia recursos, materiais e humanos, adequados à sua assistência.

Montanholi (2008) é de opinião que são os enfermeiros das UCIN's que têm formação e competências mais adequadas para prestar cuidados diretos aos RN's, cuidados estes que requerem, para além de um conhecimento avançado, "atenção, habilidade técnica, constante interação com a equipa de trabalho, pais e familiares dos RN's e mais ainda cuidar com delicadeza, sensibilidade e amor" (p.17). Da mesma opinião, Oikonen [et al.] (2010) referem que os RN's com SAN muitas vezes necessitam de cuidados especializados em UCIN, onde os seus sintomas podem ser controlados com precisão e podem ser tratados farmacologicamente.

De um modo geral as UCIN's são locais de muito trabalho, onde os profissionais devem estar atentos para atender as necessidades individuais de cada RN e de sua família (Montanholi, 2008). É de salientar o facto de o rácio mínimo de enfermeiros numa UCIN, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2006), ser de um enfermeiro para dois RN's.

O aumento de internamentos de RN's expostos a drogas *in* útero nas UCIN's e a duração prolongada da hospitalização são uma constante (Bauer [et al.], 2005 cit. por Cunha, 2007). Devemos estar conscientes dos efeitos negativos que a hospitalização pode trazer para o RN e família. Neste sentido e conhecendo as necessidades psicoafetivas dos RN's, é necessário criar, durante o internamento, um clima em que o stresse no RN seja reduzido, respeitando sempre a sua integridade emocional e valorizando a sua ligação à família (Barradas, 2008).

Além das atividades de cuidado direto ao RN, soma-se a importância de proceder-se a uma assistência mais humanizada, que propicie à família condições para uma interação efetiva com seu filho. A assistência humanizada ao RN numa UCIN depende, em parte, da consciencialização do enfermeiro sobre a importância do contacto precoce e contínuo dos

pais com o seu filho, do incentivo à sua participação na assistência à criança e do apoio psicológico de que necessitam (Conz, 2008). A educação e a interação entre enfermeiro/pais são de grande importância para evitar reinternamentos e obter alguma qualidade dos cuidados após a alta (Mellado [et al.], 2008). Benner (2005) acrescenta que nesta interação o enfermeiro vai partilhar práticas, desenvolver perícia, modelar competências e criar um clima de confiança, o que beneficiará ambas as partes. Neste contexto, pode dizer-se que os cuidados de enfermagem prestados visam a promoção da Saúde e Bem-estar do RN / família, assim como a reabilitação e a integração social deste na família (Barradas, 2008), e ainda a perícia do enfermeiro perante a SAN.

As intervenções de enfermagem na SAN revelam um especial interesse, pelo facto desta ser uma situação bastante complexa. Por um lado, desmistificar determinados preconceitos torna-se fundamental para que os cuidados sejam holísticos e individualizados. Por outro lado, a atenção do enfermeiro não se prende exclusivamente com o RN, mas também com a sua mãe, pelo risco de maternidade inadequada. Saber como avaliar e intervir junto destas crianças e suas famílias revela-se essencial para que todo o processo de enfermagem (que inclui RN e família) seja prosseguido com sucesso (Marcellus, 2007).

### *1.2.1 - No Cuidado ao Recém-Nascido com SAN*

Nos últimos anos tem sido cada vez maior o número de RN's internados com SAN. Uma situação difícil de gerir e de lidar (Marcellus, 2007). Manzano e Palacio (1990) citados por Cotralha (2007), no seu estudo observaram estes RN's e referiram que são "particularmente difíceis" no plano relacional, o que constitui uma fonte permanente de angústia e tensão emocional para quem cuida e tenta acalmar o seu sofrimento. Os RN's com SAN apresentam necessidades físicas, psicológicas e sociais que exigem o esforço e a colaboração de uma equipa de cuidados de saúde multidisciplinar. Estes RN's com necessidades especiais apresentam desafios para os prestadores de cuidados e para os enfermeiros, em particular (Oikonen [et al.], 2010).

O enfermeiro, sendo o prestador de cuidados que permanece mais tempo junto do RN com SAN, tem a responsabilidade de fazer uma avaliação contínua do mesmo, fazendo uso de escalas de avaliação, e de pôr em prática um conjunto de medidas farmacológicas e não farmacológicas de tratamento. Estas últimas revestem-se de elevada importância ao reduzir os estímulos exógenos que possam precipitar a hiperatividade, irritabilidade, choro

gritado, relevantes nestes RN's, ao favorecer a nutrição e hidratação adequadas e ao promover conforto e uma relação adequada entre mãe e RN (Silva, 2005).

O ambiente da unidade de cuidados intensivos interfere gravemente nas capacidades sensoriais e cognitivas dos RN's, em especial no RN com SAN, dificultando a organização do seu cérebro em desenvolvimento. Durante o período em que o RN está internado na unidade ocorre um grande desenvolvimento cerebral e, assim, os "cuidados que se referem ao meio ambiente da unidade podem ser vistos como cuidados cerebrais" (Ministério da Saúde, 2002, p. 110). Neste sentido, muitos são os seus "inimigos", desde a luz branca, intensa e muitas vezes constante, ao ruído provocado pelos equipamentos, à atividade dos profissionais e à excessiva manipulação do RN (Ramos, 2004). Este reage diante desse ambiente com algum "gasto energético" que se pode refletir negativamente, em termos fisiológicos, no desenvolvimento do SNC e até na interação mãe/filho. Perante tal facto, o enfermeiro deve gerir o ambiente de forma a eliminar a estimulação excessiva e causadora de stresse para o RN com SAN, através do controlo do ruído e luminosidade da unidade, bem como pelo planeamento de manipulação mínima ao RN.

Embora o RN não possa impor modificações na sonoridade ambiental, é dotado de competência comportamental que lhe permite expressar conforto ou desconforto, o que pode influenciar os profissionais da unidade a introduzir mudanças ambientais capazes de amenizar as agressões sonoras às quais está submetido. Além disso, sabe-se que o ruído influencia o desempenho do profissional, podendo induzir à distração e ao erro. Nesse sentido, o ruído ambiental pode ser uma componente que ameaça a segurança do RN (Kakehashi [et al.], 2007; Zamberlan, 2006).

No RN com SAN o ruído excessivo interrompe os períodos de sono, constituindo uma alteração importante para o seu bem-estar, ao interferir no seu descanso físico e psicológico e/ou causar reações fisiológicas adversas, que podem agravar o quadro de privação (Silva, 2005). Perante as evidências expostas, os profissionais devem adotar estratégias, de ordem geral, para diminuir o ruído, nomeadamente manter uma conversação normal, usar calçado adequado, não tocar nem escrever no topo das incubadoras, etc. (Zamberlan, 2006). A mesma autora refere que o enfermeiro deve também promover um ambiente com níveis mínimos de estímulos luminosos excessivos, uma vez que a luz fluorescente contínua, presente na UCIN, causa danos na retina, interfere com o desenvolvimento dos ritmos circadianos, originando privação de sono ou interferindo na consolidação normal do mesmo. A utilização de cobertas para incubadoras; a promoção de ciclos de dia/noite, aumentando o número de horas de sono noturno; o uso de iluminação individualizada com reguladores de intensidade luminosa; não direcionar a



luz para os olhos do RN são medidas a ter. Em suma, o stress produzido pelo ambiente da unidade neonatal, pelos procedimentos dos profissionais na rotina de trabalho e pelo excesso de manipulação geram privações dos momentos de sono profundo e de descanso (Zamberlan, 2006).

A manipulação do RN deve ter por base dois critérios. Por um lado, a individualização de cuidados e, por outro, o controlo dos tempos de manipulação (Ministério da Saúde, 2002). Desta forma, todos os cuidados a prestar ao RN devem ser articulados e concentrados num período limitado, privilegiando sempre as intervenções durante os estados de alerta do mesmo, para evitar manipulações desnecessárias e favorecer os períodos de sono-reposo (Ramos, 2004).

Os autores consultados são unânimes face à necessidade do enfermeiro estabelecer um plano de cuidados que tenha em conta as necessidades do RN com SAN e não as rotinas do serviço. A redução do número e duração de cada manipulação, bem como a suavidade e sensibilidade com que esta é realizada, são aspetos a ter em conta na prática diária dos enfermeiros que trabalham em UCIN's. Assim, torna-se necessário planear todos os procedimentos antes de os realizar; agrupar intervenções; estabelecer prioridades; e evitar a manipulação do RN em repouso.

Em muitas unidades neonatais, mesmo sem haver protocolos específicos para o cuidado com o RN com SAN, os enfermeiros já procuram reduzir o ruído, a luminosidade e a manipulação excessiva dos RN's. Perapoch López [et al.] (2006) referem que a instituição de programas ou protocolos de intervenção mínima que visem agrupar procedimentos, reconfortar o RN após os procedimentos e definir períodos de repouso entre procedimentos, são estratégias fáceis e económicas de aplicar. Um dos programas usados em algumas UCIN's é o programa Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP®). Este estabelece que todos os cuidados devem atender a criança e família nas suas necessidades e promove treino específico dos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado neonatal, na observação e identificação comportamental do RN. Atendendo à individualidade e desenvolvimento de cada RN é elaborado um plano de cuidados, que é discutido pela equipa de saúde e pais, baseado na observação metódica do comportamento do RN em interação com o meio e também antes, durante e após as intervenções realizadas pela equipa de saúde. Este programa emerge dos cuidados centrados na família incluindo "intervenções dirigidas quer à otimização macro ambiental (luzes, ruídos, etc.) como à micro ambiental em que a criança se desenvolve (postura, manipulações, dor), agindo também sobre a família para facilitar ao máximo o seu papel de cuidador principal da criança" (Perapoch López [et al.], 2006, p. 91).

Segundo Marcellus (2007), as orientações de enfermagem relacionadas com o cuidado ao RN com SAN são baseadas em pesquisas médicas e pesquisa atual limitada. Como o apoio a estes RN's em abstinência não é de natureza altamente técnica, alguns profissionais pensam que habilidades avançadas não são necessárias para gerir essa população. No entanto, a sensibilidade deste grupo de RN's exige um único conjunto de habilidades. Enfermeiros que cuidam de RN's com SAN precisam de habilidades complexas em avaliação e modificação ambiental, alimentação e, particularmente, capacidade de consolar a estes RN's que experimentam um aumento de irritabilidade prolongada e dor.

Para os RN's há alguns métodos que auxiliam no alívio da dor como, a sucção não-nutritiva, o uso de glicose oral, posição canguru (Gaspary & Rocha, 2004 cit. por Eler & Jaques, 2006) e as terapias complementares que buscam o reequilíbrio global e não somente o tratamento sintomático, mas que se têm mostrado eficientes, em vários estudos, tanto na dor, como no relaxamento, insónias, diminuição do sofrimento, entre outros (Silva & Leão, 2004 cit. por Eler & Jaques, 2006).

O nível de conhecimento, aptidão, paciência e empenho requeridos para fornecer cuidados de enfermagem excelentes a este grupo de RN's não deve e não pode ser subestimado (Marcellus, 2007). A autora acrescenta que o enfermeiro deve ter uma atitude pró-ativa que assegure a adoção de estratégias, que minimizem os estímulos adversos ao desenvolvimento e recuperação do RN com SAN e que proporcionem uma alta segura.

Sendo o cuidar do RN com SAN um processo difícil e complexo que abrange o acolhimento, internamento e alta hospitalar, acarreta para o enfermeiro não só um desgaste físico como emocional Fraser [et al.], 2007). No estudo de Fraser [et al.] (2007), o trabalho emocional dos enfermeiros envolvidos no cuidado ao RN com SAN e respetivas famílias foi reconhecido e foram discutidas várias estratégias para se distanciarem da situação. Não é de surpreender que, os enfermeiros que trabalham com situações carregadas de potencial emocional, tenham necessidade de desenvolver mecanismos para enfrentar ou ultrapassar estas situações, como forma de controlo emocional ou de proteção. Oikonen [et al.] (2010) referem que é muito difícil estar perante um RN em quadro de abstinência, principalmente aquando do seu choro constante e inconsolável, difíceis de acalmar e para as quais, muitas vezes, não há tempo disponível, por parte dos enfermeiros, porque existem outros bebés para cuidar, causando frustração e exaustão. Ford e Turner (2001) referem no seu estudo que os enfermeiros pediátricos sentiram necessidade de discutir sobre as dificuldades que encontraram na sua prática com crianças de cuidados especiais e algumas formas de lidarem com estes problemas (avaliação, estratégias e sentimentos de frustração). Benner (2005) chama a atenção para que os

enfermeiros ao desenvolverem a sua aprendizagem em contextos de grandes especificidades e complexidades em que encontrem sofrimento e vulnerabilidade precisam, também, de desenvolver um sentido de grande responsabilidade face às dimensões éticas e relacionais que devem estar inerentes às perícias clínicas.

### *1.2.2 - No Cuidado à Família do Recém-Nascido com SAN*

Um dos papéis dos enfermeiros é proporcionar apoio emocional e orientar os familiares nos cuidados ao RN com SAN, valorizando as suas atitudes e habilidades, de modo a proporcionar igualmente um ambiente que promova o desenvolvimento do RN. Além disso, os pais destas crianças representam um grande desafio para os enfermeiros, relacionado com a sua própria história de consumo de drogas (Oikonen [et al.], 2010).

Tal como referem Ferreira e Costa (2004), ser capaz de trabalhar com a família equivale a que os enfermeiros desenvolvam competências de comunicação, de ensino, de psicologia de grupo, ao mesmo nível de qualquer competência técnica. O enfermeiro tem de possuir competências comunicacionais e relacionais para trabalhar com eficácia e dar apoio às famílias que se encontram a lidar com stresses múltiplos e que, muitas vezes, têm de lidar, também, com a intervenção do Serviço Social (Marcellus, 2007). Neste sentido, estudos identificam que a natureza das necessidades maternas em UCIN está centrada nestes dois processos: comunicação/informação e o suporte/apoio (Wernet, 2007).

A comunicação estabelecida entre os enfermeiros e a família tem como fundamento a troca de informações, a possibilidade de discutirem os seus sentimentos e tensões e de os encorajar a resolver os seus próprios problemas. A comunicação diz-se eficaz quando o enfermeiro respeita os pais, tem em conta a sua cultura, as suas crenças, as suas necessidades de informação e a sua educação (Ramos, 2004). No entanto, Santos e Marques (2005) referem que ainda existem muitos preconceitos morais e recriminações em torno da toxicodependência sendo, por vezes, difícil para o enfermeiro dissociar o estigma social que caracteriza esta patologia da sua atuação perante a família. Embora esses preconceitos possam ocorrer de uma forma inconsciente, os autores realçam que constitui um obstáculo à comunicação entre enfermeiro/família. Num estudo apresentado por Fraser [et al.] (2007) os enfermeiros relataram que consideravam os pais parcialmente responsáveis pelo quadro clínico de abstinência dos filhos, reduzindo a sua vontade de interagir com estes. Por outro lado, Tomlinson (1989) citado por Barradas (2008) salienta que, sem o estabelecimento de qualquer forma de comunicação, torna-se impossível

interagir terapêuticamente, na assistência ao RN e família, o que afeta claramente a qualidade do atendimento. A autora refere que a comunicação é caracterizada como algo fundamental para os sujeitos, sendo a base da sua socialização e formação, bem como a eficiência dos cuidados de enfermagem.

Segundo Barradas (2008) os enfermeiros consideram duas vertentes de atuação na família: a família como elemento central na equipa de atendimento à criança e a família como individualidade com necessidades específicas. Os profissionais que trabalham em UCIN's devem promover o crescimento pessoal de cada familiar significativo, ou seja, devem facilitar a utilização das suas potencialidades para fazer frente a dificuldades, aceitar limitações e mobilizar os seus recursos internos e externos. No entanto, segundo Costa e Nascimento (2001), o que se percebe, na prática, é o despreparo dos enfermeiros para envolver a família no cuidado à criança, pois são levados a preocuparem-se mais com a burocracia da unidade, enquanto as atividades de apoio à família se tornam secundárias e realizadas apenas por ocasião da alta hospitalar. Neste contexto, o estudo de Ludwig [et al.] 1996 citado por Fraser [et al.] (2007) sobre crianças expostas à cocaína e suas mães, mostra-nos que as atitudes dos enfermeiros perante as mães não foram as melhores e que tal facto teve um impacto negativo nos cuidados de enfermagem que deveriam ser de qualidade. Contrapondo esta ideia e como resultado do seu estudo, Oikonen [et al.] (2010) referem que os enfermeiros da UCIN gastam uma grande parte do seu tempo não só a acalmar a criança com SAN, mas também em educar e consolar a família, sendo um papel muito exigente e cansativo que tem sido pouco explorado e valorizado. As atitudes e conhecimentos dos enfermeiros para cuidar de RN's com SAN e respetivas famílias são cruciais para o sucesso da promoção de cuidados. Ford e Turner (2001), no seu estudo, revelam que enfermeiros apresentam atitudes de calor, força, humanidade e carinho pelas crianças e suas famílias.

Muitos pais toxicodependentes já se culpabilizam pelos efeitos que as drogas possam estar a provocar nas suas crianças e, por isso, é importante adotar uma atitude que não seja condenatória, mas que seja firme e precisa acerca dos limites da equação dos cuidados à criança. O reforço positivo por parte dos profissionais, relativamente a boas práticas de puericultura e ao desenvolvimento da confiança dos pais nas suas próprias capacidades, podem reverter em benefício da imagem que os pais têm de si próprios, o que os pode ajudar a controlar melhor outros aspetos das suas vidas (Keen & Alison, 2001).

Muitas vezes são mulheres/mães desorganizadas, com uma autoimagem muito negativa, que optam por manter a dependência e não pensam no futuro dos filhos (Martins, Guedes & João, 2008). Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006) acrescentam que

estas mães estão geralmente ansiosas e deprimidas, que apresentam pouca confiança em si próprias e têm dificuldades em relacionarem-se com as outras pessoas. Sendo um internamento prolongado, os comportamentos das mães diferem: algumas declaram vontade de entregar os filhos para adoção; outras têm alta e abandonam os filhos, sendo referenciadas mais tarde pelos serviços sociais (Martins, Guedes & João, 2008). Para colmatar estas situações é fundamental a família ter um papel determinante na elaboração do plano de cuidados ao seu filho, pois é para junto desta que a criança irá assim que estiver restabelecida, desde que reúnam as condições necessárias (Silva, 2005).

#### *1.2.2.1 – Os Cuidados em Parceria e a Promoção da Parentalidade*

Os pais devem ser considerados como membros no cuidar e não como meros visitantes (Conz, 2008), pois a sua participação nos cuidados implica a existência de uma relação de parceria entre estes e os enfermeiros, em que não se estabelecem fronteiras rígidas, mas antes se compartilham funções e se desenvolvem ações complementares conjuntas, com vista ao bem-estar do RN/família (Ferreira & Costa, 2004). Neste contexto, vale recordar o modelo de parceria nos cuidados desenvolvido por Anne Casey (1988). Neste é defendida a premissa que as relações da criança com a sua família e os efeitos do ambiente podem influenciar o crescimento e o desenvolvimento, assim como a capacidade para o agir social e emocional. Logo, torna-se relevante que os pais compreendam e interiorizem que sentirem-se envolvidos é algo mais profundo do que simplesmente cuidar, é o estar presente pelos seus filhos, sendo conhecedores das suas necessidades e dos tratamentos de que estes precisam.

Daqui se depreende que, a ajuda que os pais possam dar no decorrer do internamento, provém de toda uma dinâmica no edificar da relação interpessoal entre estes e a equipa. Integrá-los como membros efetivos desta tem por base o ensino oportuno, o reconhecimento e identificação das suas potencialidades e aptidões. Seja qual for a situação social, afetiva ou clínica da díade pais-filhos, o demonstrar interesse por parte dos enfermeiros pelo problema em particular é reconhecer a ambos importância como pessoa. Por esta razão Ferreira e Costa (2004) referem que o nível de participação dos pais nos cuidados pode ser influenciado pelo apoio que os enfermeiros dão aos mesmos. Esta parceria no modelo supracitado assume, por parte do enfermeiro, um papel de ensino, de apoio/supervisão e encaminhamento, em que haja partilha de conhecimento com os pais e ensinadas as técnicas apropriadas e os comportamentos do RN de modo a que estes possam satisfazer eficazmente as necessidades deste e as suas próprias necessidades

(Kuntz, 2005). Neste sentido, Knauth (2001) sugere que a intervenção do enfermeiro se deve basear em três aspetos fundamentais: avaliação do funcionamento familiar, identificação das suas necessidades e encaminhamento das famílias para serviços específicos consoante a necessidade.

É de extrema relevância apontar o papel do enfermeiro na promoção da parentalidade, ainda mais no contexto de uma mãe dependente de drogas.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) (2011, p. 66) a parentalidade consiste em

“tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos do papel parental adequados ou inadequados”.

Neste sentido, o exercício da parentalidade requer competências de diversos tipos. Como vimos, o enfermeiro tem um papel fundamental no desenvolvimento destas, na avaliação e esclarecimento da família (Barradas, 2008). Para tal, a implicação dos pais na prestação de cuidados à criança, durante a hospitalização, deve ser uma constante pois, desta forma, sob supervisão<sup>4</sup>, é possível desenvolver neles as competências parentais que irão no futuro proporcionar uma parentalidade adequada. Por sua vez, o ensino aos pais também é considerado como uma ação muito importante dos enfermeiros. É através dele que os pais se tornam mais seguros e capazes de cuidarem do seu filho (Martinez, 2004). Aliás, uma das razões que contribui para que a alta não seja dada precocemente consiste no tempo necessário para a construção/desenvolvimento de tais competências (Silva, 2005). Neste contexto, Wernet (2007) esclarece-nos que o enfermeiro deve encorajar os pais na gestão dos seus papéis enquanto cuidadores do seu filho, colaborando na resolução de problemas, substituindo os pais na execução de determinadas tarefas parentais como forma de demonstração e tendo sempre em conta as dificuldades expressas pelos mesmos durante o processo de adaptação à parentalidade. Sentir o carinho dos profissionais proporciona sensações de bem-estar e facilita as adaptações necessárias.

Deste modo entende-se que, no processo de transição para a parentalidade, com as alterações dos papéis familiares e o aumento das responsabilidades surjam, muitas vezes, momentos de tensão familiar, podendo persistir sensações de impaciência, falta de atenção

---

<sup>4</sup> A supervisão é um processo complexo que implica uma “visão de qualidade, responsável, experiencial, acolhedora, empática, serena e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois” (Mintzberg cit. por Alarcão & Tavares, 2003, p.45).

nas habilidades técnicas e insegurança relativamente aos cuidados ao RN que resulta numa necessidade de adaptações intra e interpessoais, para as quais os pais necessitam de orientação e apoio por parte dos enfermeiros (Barradas, 2008). O apoio deve ser constituído por informação, empatia, incentivo, validação de comportamentos, partilha e reciprocidade, ajuda instrumental e reconhecimento de competências (Brown, 1986, cit. por Weissheimer, 2007). Por sua vez, Miles (2003) refere que neste processo, o apoio aos pais não deve ser subestimado pelos enfermeiros: saber ouvi-los, compreendê-los, demonstrar afeto no ato de cuidar, fornecer palavras de conforto, reconhecer as emoções dos pais numa situação de crise e ainda incentivar os pais para a obtenção de apoio através de amigos, família, religião e/ou grupos de apoio.

Neste contexto, vários estudos relatam o impacto positivo das intervenções de apoio na promoção da parentalidade, em que os enfermeiros trabalham em parceria com os pais de forma a educá-los nos cuidados ao seu filho, que vão desde a troca da fralda à alimentação. É mostrado ainda que as mães que beneficiam desta participação guiada apresentam melhorias na sua capacidade de relacionamento com os seus filhos antes da alta da unidade. Apesar das mães toxicod dependentes terem necessidades específicas, o facto de o seu filho estar internado por um longo período de tempo pode ser considerado um momento de oportunidade para os enfermeiros influenciarem o seu comportamento em relação ao consumo e ao seu papel parental (Oikonen [et al.], 2010). Ford e Turner (2001) concluíram no seu estudo que perante um internamento longo os pais apresentavam falta de atenção nas habilidades técnicas. De encontro a esta ideia, foi cabal o estudo desenvolvido por Klaus e Kennel (1995) citado por Conz (2008) onde se refere que o papel do enfermeiro neonatal assume um duplo objetivo: ajudar o RN, mas também estabelecer uma relação de empatia com os pais e ajudá-los a criar laços com o seu filho. Para os autores, os enfermeiros devem orientar a sua prática de forma a entenderem a qualidade de vida do RN como um valor fundamental, a qual por sua vez, depende do estabelecimento de uma vinculação forte com a sua família.

A vinculação é caracterizada pelo CIE (2011. p.79) como “parentalidade: ligação entre a criança e mãe e/ou o pai; formação de laços afetivos”. Mas esta vinculação não é instantânea nem automática. É sim, um processo contínuo (Brazelton & Bertrand, 2004) pois, tal como referem Klaus e Kenel (1982) citados por Conz (2008), o vínculo afetivo não é uniforme nem mágico, sendo necessário um tempo de aproximação, de carícias e aconchego para que se estabeleça um vínculo entre pais e filho.

Na opinião de Barradas (2008), os indicadores de tal ligação afetiva positiva são: o olhar prolongado, o acariciar, o aconchegar, tocar, beijar, abraçar e o cheirar. Segundo

Brazelton (2000), a evolução de tal ligação começa com as informações clínicas fornecidas aos pais pela equipa de saúde, com o contacto direto destes com o seu filho, quando lhe pegam ao colo, alimentam e acariciam, tocando-o com confiança. Neste sentido, a equipa de saúde deve possibilitar, ao máximo, o contato mãe-filho, com acesso livre à UCIN, orientando a tocar, acariciar, falar com ele, respeitando os intervalos de sono e não apresentar estímulos excessivos mas reforçando, assim, a manutenção do vínculo afetivo entre ambos, promovendo uma base sólida para o desenvolvimento saudável do RN (Barradas, 2008; Conz, 2008).

Ao encontro das orientações apresentadas pelos autores acima referidos, Tamez e Silva (2002) referem que existe um conjunto de ações promotoras do envolvimento afetivo pais/filho, nomeadamente: incentivar os pais a estarem presentes e a tocarem no filho, incentivar a colaborarem na prestação de cuidados, incentivar o aleitamento materno e promover a aprendizagem, entre outras.

Outra ideia referenciada na literatura especializada, e de extrema importância para o RN, consiste no toque positivo. Este, para além de estimular o desenvolvimento do sistema nervoso, digestivo, imunitário, músculo-esquelético e circulatório, promove o relaxamento, regula o sono, o choro e reduz o stresse; privilegia a interação da vinculação, a comunicação e ajuda os pais a compreenderem o filho. Assim, deverão ser promovidas diversas formas de toque, como por exemplo, o toque de relaxamento (com transmissão de movimentos apenas de afeto/carinho na interação), o banho, a amamentação, entre outros. O banho apresenta um alto nível de manipulação do bebé, e por isso é uma situação favorecedora de trocas e ajustes interacionais entre os pais e o RN. A amamentação é, também, uma privilegiada forma de interação mãe /filho. No entanto, sempre que o RN não conseguir mamar ou houver contra-indicações para o aleitamento materno, este será alimentado por biberão podendo, também deste modo, os pais participarem e proporcionarem momentos de aconchego e de conforto ao seu filho (Barradas, 2008).

Tal como já referido, a hospitalização da criança condiciona nos pais o acréscimo de ansiedade. Uma das razões consiste no facto de, por vezes, não compreenderem muitas das informações que lhes são fornecidas, mas raramente pedirem explicações, intimidados frequentemente pelo tipo de discurso. Esta condição é analisada na pesquisa de Cox (2002), indicando que os problemas na comunicação entre família e equipa de saúde podem dificultar a relação afetiva do RN e família e que a necessidade de obter informação fiável, exata e regular, relativa ao estado de saúde da criança fornecida pelos enfermeiros, constitui uma prioridade para as mães. Daí ser importante facultar toda a informação



relativamente ao estado do RN, tratamento, as suas reações habituais e estratégias para lidar com este. A informação aos pais deve ser concisa, clara e adequada ao seu nível de escolaridade, favorecendo a sua compreensão. O enfermeiro deve saber escolher as palavras e o momento exato para fornecer a informação, bem como estar disponível e atento às preocupações e anseios dos pais. Oikonen [et al.] (2010) acrescentam que poderão ser fornecidos, também, folhetos informativos como auxílio ou complemento de informação.

No entanto, alguns autores referem que as mães toxicodependentes habitualmente não conseguem exercer completamente o seu papel de mães, pois sobrepõem o desejo compulsivo da droga aos cuidados a prestar à criança (Lemos [et al.]<sup>a</sup>, 2004), tal como já nos referia Delgado [et al.] em 1991 (p.60) “não conseguem promover, comprovadamente, educação e apoio suficientes para suas crianças, quando comparadas com mulheres que não ingerem drogas”.

É verdade que o medo do rótulo de "maus pais" ou o medo de perderem os seus filhos são preocupações comuns entre as mães que consomem drogas e isso pode resultar no afastamento das mães em relação aos filhos. Consequentemente, os enfermeiros não só assumem grande parte da responsabilidade pelos cuidados de enfermagem a estes RN's, como também, às vezes, são os únicos cuidadores da criança quase sempre desacompanhada. Por vezes, as visitas dos pais são esporádicas e de má qualidade: dormem, leem revistas e são instáveis, tendo um contacto desajustado e prejudicial com os filhos (Oikonen [et al.], 2010). Também, frequentemente, omitem informações ou não colaboram nos cuidados, são distantes e não estão emocionalmente e/ou fisicamente disponíveis para o seu filho de forma a criar um envolvimento afetivo (Fraser [et al.], 2007; Martins, Guedes & João, 2008). Neste contexto, Lucas e Palminha (2003) referem que quando se analisa objetivamente a interação, tendo em conta a troca de afetos, capacidade para alimentar e cuidar da higiene do filho, regularidade de visitas e duração destas, o comportamento das mães revela sinais preocupantes. Uma significativa maioria (mais de 90% dos casos) é incapaz de se submeter às regras de disciplina impostas pela equipa de enfermagem no que diz respeito ao horário das refeições e prestação de cuidados de higiene. Só uma minoria visita o filho diariamente e menos de 5% do total é capaz de permanecer numa unidade mais de 60 minutos.

Atendendo à complexidade desta problemática será difícil que uma mãe toxicodependente venha a assumir o seu filho com alguma estabilidade se não tiver um apoio constante, durante e depois do internamento (Oikonen [et al.], 2010).

Aliado a tal problemática, os RN's com SAN apresentam um número de características desafiadoras que a mãe terá de enfrentar. O confronto com o bebé que chora e tem necessidades que exigem respostas imediatas e a total dependência da mãe criam desilusão e vão tornando o RN "insuportável". Ele pode ser irritável, sem resposta e imprevisível (Fraser [et al.], 2007). Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006) acrescem que estes RN's, por serem difíceis de confortar e de chorarem por longos períodos, podem ser fonte de desvinculação para a mãe. Acumula-se o facto, de que, os tratamentos necessários requerem cuidados nas primeiras quatro a seis semanas de vida, um momento crítico para a relação de apego mãe/filho que está a desenvolver-se. Uma oscilação de sintomas pode manifestar-se, o que vai perturbar essa relação. Desta forma a mãe vive sentimentos violentos e contraditórios que conduzem a comportamentos de grande proximidade ou de total abandono (Brito, 2001 cit. por Gaspar, 2009).

Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006) fazem referência ainda ao facto de ser importante avaliar se a maternidade no domicílio vai ser assegurada de uma forma eficaz, pois as exigências que o RN com SAN impõe à mãe são enormes e não recompensadoras em termos de respostas positivas, tal como já referido. Tal preocupação faz sentido, uma vez que o abuso de drogas culmina em alterações sociais (família, estudos, trabalho) em que o indivíduo fica com as suas habilidades de relacionamento sócio afetivo comprometidas, o que faz com que estes sujeitos tenham maior dificuldade de adaptação às novas exigências parentais (Souza, 2010). Lucas e Palminha (2003) referem que, de uma forma generalizada, estas famílias revelam perturbações na comunicação, uma grande fragilidade na relação e que não conseguem funcionar como um sistema regulador das situações de conflito. Além disso, estão normalmente inseridas num contexto económico e sócio familiar desfavorável, onde pelo consumo sistemático de drogas ocorre a rutura de todos os subsistemas. A rede de suporte deixa de existir restando apenas o agregado familiar, na maioria das vezes destruído (disfuncional). A família do toxicodependente é afetada a nível profissional, de relacionamento, económico, entre outros, o que impede o desempenho de um papel de suporte ao indivíduo toxicodependente (Martins, Guedes & João, 2008).

Neste sentido, a preparação para a alta hospitalar do RN com SAN assume, particular relevância. Segundo Lucas e Palminha (2003), esta deve ser iniciada o mais precocemente possível e exige o recurso a vários profissionais, (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogo), que possam trabalhar em parceria com carácter sistemático, de forma a poder construir, com a família e a comunidade, uma rede de recursos eficazes e prolongados no tempo. A alta só deve ser concedida quando os problemas relacionados

com a segurança e proteção da criança, bem como as capacidades parentais estiverem devidamente assegurados. É fundamental que o enfermeiro da UCIN entre em articulação com o Centro de Saúde (C.S.), para que seja assegurada a visita domiciliária. Esta reveste-se de grande valor pois os dados científicos revelam um risco superior de negligência nos cuidados ao RN, por parte das mães toxicodependentes. Por vezes, na preparação da alta, é necessário envolver as Comissões de Proteção de Menores. Em última instância e na ausência de um familiar que assegure os cuidados à criança, o Tribunal de Menores tem uma palavra a dizer.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na criação de um ambiente social positivo e seguro para crianças com SAN, ambiente este composto por um compromisso subjacente parental, potencialidades e competências dos pais (Pinho, Pinto & Monteiro, 2006). No entanto, Fraser [et al.] (2007), no seu estudo, identificaram que o enfermeiro experimenta entraves significativos à prestação nos cuidados centrados na família da criança com SAN, referindo que, mesmo assim, este deve estar sempre presente, valorizando e incentivando o contacto da família com o seu filho. Como nos referem Oikonen [et al.] (2010) é determinante incentivar a presença dos pais e instruí-los a ler a linguagem do filho, sabendo quando e como tocar nele.

Por tudo o que foi exposto, a problemática da interação mãe-filho durante o internamento deve merecer por parte dos enfermeiros uma dedicada atenção. Devem ser os agentes dinamizadores de aprendizagens, indo ao encontro das motivações e necessidades de cada criança e família (Barradas, 2008). Para tal, segundo Ferreira e Costa (2004), é necessário que os enfermeiros se dissociem do estigma, de preconceitos e recriminações que muitas vezes acompanham a família e o RN e assumam uma relação de parceria plena. Por sua vez, a parceria de cuidados propicia o envolvimento e o estabelecimento de laços afetivos entre pais e RN, cabendo aos enfermeiros a orientação e a coordenação desses cuidados, facultando os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental, abarcando conceitos de interação dinâmica entre RN, família e comunidade.



## CAPÍTULO 2: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Conhecer as experiências da prática clínica dos enfermeiros é, seguramente, um contributo para o desenvolvimento do conhecimento e melhoria das práticas. Surge, agora, a necessidade de apresentar o processo metodológico que norteou este estudo de investigação e que permitiu concretizar os objetivos traçados.

Quivy e Campenhoudt (2005) fazem referência a um processo metodológico explícito e que deve ser elaborado de modo estruturado e sustentado de autenticidade e rigor científico. As opções metodológicas, como salienta Fortin (2009), são importantes para assegurar a qualidade e fiabilidade dos resultados do estudo.

Para abordar adequadamente a metodologia utilizada consideramos necessário, previamente, apresentar um quadro resumo do desenho deste estudo, com o objetivo de servir de linha condutora de todo o processo que se segue (Tabela 1).

**Tabela 1:** Síntese do Desenho do estudo

<b>Fenómeno em estudo:</b>	As vivências dos Enfermeiros no cuidado ao RN com SAN e sua família
<b>Questão de investigação:</b>	Que experiências vivenciam os enfermeiros no cuidado ao RN com SAN e sua família?
<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceber as experiências vividas pelos Enfermeiros que cuidam de RN's com SAN e de suas famílias;</li> <li>• Conhecer as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros no cuidado aos Rn's com SAN e suas famílias.</li> </ul>
<b>Tipo de estudo:</b>	Paradigma qualitativo: estudo exploratório, descritivo de cariz fenomenológico
<b>Local do estudo:</b>	HSEAH-EPER – UCEPN
<b>Amostra:</b>	9 Enfermeiros da UCEPN
<b>Instrumento de colheita de dados:</b>	Entrevista semi-estruturada gravada em suporte áudio
<b>Tratamento e Análise dos dados:</b>	Técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin

## 2.1– Justificação e Finalidade do Estudo

A SAN revela um especial interesse, pelo facto de ser uma situação bastante complexa. Por um lado, o RN filho de mãe dependente de drogas esteve exposto a estas *in útero*, e por isso assume características desafiadoras e exigentes ao prestador de cuidados e ao enfermeiro. Por outro lado, a atenção do enfermeiro não se prende exclusivamente com o RN, mas também com os seus pais, pelo risco de parentalidade inadequada.

A prática de enfermagem e a experiência no cuidar destes RN's e suas famílias não estão, ainda, devidamente refletidas, exploradas e reveladas na literatura, não havendo referência a estudos nesta área em Portugal. O trabalho diário com as crianças que experienciam esta privação e o apoio às suas famílias permanece invisível e devem ser incluídos em programas de investigação e na prática efetiva.

A maioria dos estudos sobre SAN centram-se na gestão farmacológica como a principal modalidade de tratamento. A evidência da avaliação da eficácia de estratégias de gestão conservadora de cuidados diários a essas crianças (trabalho do enfermeiro) é escassa (Marcellus, 2007).

O abuso de drogas ilícitas é também um problema grave da sociedade açoriana, que se torna mais preocupante quando, ao consumo de drogas, se associa a gravidez e o desenvolvimento de dependência no RN. O número de casos de internamento neonatal por SAN no HSEAH-EPER, a ausência de estudos portugueses que se relacionem com as intervenções dos enfermeiros nesta área específica, bem como as dificuldades sentidas pelo investigador enquanto Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no cuidado a estas crianças, justificam o investimento neste tema.

A compreensão do fenómeno em estudo permitirá a instituição de medidas que melhorem a prática de cuidados de enfermagem a estas crianças e suas famílias, com ganhos efetivos em saúde e eventual valorização profissional dos enfermeiros. Este estudo pretende ainda, um entendimento mais profundo do pesquisador e procura contribuir para o desenvolvimento de uma prática de Enfermagem mais fundamentada abrindo novos caminhos de cuidados, não só nesta unidade, mas em muitas outras unidades do país.

## 2.2– Caracterização do Estudo

Para compreender o fenómeno em estudo recorreu-se ao **paradigma qualitativo** uma vez que tem como preocupação a compreensão do ser humano e do seu comportamento, partindo do pressuposto de que o conhecimento dos indivíduos é possível através da descrição das experiências humanas vivenciadas pelo próprio sujeito (Polit & Hungler, 1995). Como refere Vilelas (2009, p.105), a investigação qualitativa centra-se “no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem”. O mesmo autor salienta que permite compreender o universo dos significados, valores, hábitos, motivações, atitudes e opiniões. Fortin (2009) acrescenta que este paradigma aprofunda a complexidade dos fenómenos na sua essência.

Relativamente ao objetivo, este estudo é do tipo **descritivo** visto que permite observar e descrever com maior profundidade os factos e fenómenos de uma determinada realidade (Vilelas, 2009). Como referem Polit e Hungler (1995), o estudo descritivo procura conhecer as características de uma população ou fenómeno, serve para aumentar os conhecimentos e dimensão de um problema, obtendo-se uma visão mais completa e conhecimentos mais profundos. É de natureza **exploratória**, uma vez que o tema escolhido é pouco explorado e existe pouca informação na literatura sobre a SAN, principalmente em Portugal, o que permite ao investigador aumentar a sua experiência em torno do problema, ajudando-o a encontrar elementos necessários que lhe permitam um contacto com determinada população, para obter os resultados desejados (Vilelas, 2009).

Em função dos procedimentos técnicos é um **estudo de orientação fenomenológica**. De acordo com Bogdan e Biklen (1994), a fenomenologia constitui um dos fundamentos teóricos do paradigma qualitativo, uma vez que busca a compreensão do fenómeno interrogado, não se preocupando com explicações e generalizações. O investigador não parte de um problema específico, mas conduz a sua pesquisa a partir de uma interrogação acerca de um fenómeno. A fenomenologia valoriza a intuição que é a compreensão direta, imediata de algo (Ribeiro, 2010). Esta abordagem indutiva tem por objeto o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas. Visa compreender um fenómeno, sem querer decidir se este é uma realidade ou uma aparência, identifica a essência do ponto de vista das pessoas que o viveram ou que fizeram a experiência. O objetivo é descrever a experiência tal como é vivida e relatada pelas pessoas que vivem um fenómeno preciso, sem nenhuma consideração da sua génese

psicológica e das explicações causais. A realidade é entendida como a que emerge da intencionalidade da consciência voltada para o fenómeno (Vilelas, 2009; Fortin, 2009).

Nos estudos fenomenológicos o investigador ajuda o participante a descrever essas experiências vividas, através de uma conversa, (entrevista), mais profunda, procura obter entrada no seu mundo, para ter pleno acesso às suas experiências (Polit & Hungler, 1995). Neste estudo, em particular, não nos limitamos a procurar os sentidos atribuídos às vivências dos intervenientes mas procuramos, também, uma descrição das suas experiências profissionais, nomeadamente das suas dificuldades no cuidar. Deste modo, ao não cumprirmos de modo absolutamente rigoroso o método, temos de considerar este estudo de orientação fenomenológica e não, propriamente, fenomenológico.

### **2.3 - Contexto e Participantes do Estudo**

O presente estudo foi desenvolvido na UCEPN do HSEAH-EPER, onde o investigador exerce funções, o que facilitou o acesso ao campo e aos participantes. A problemática em estudo surge essencialmente de uma necessidade sentida e de uma inquietação pessoal, fruto do trabalho do investigador nesse contexto particular.

Este Hospital fica situado na cidade de Angra do Heroísmo, na ilha Terceira – Açores. A sua construção é de 1942 e foi fundado junto a uma ermida do Espírito Santo, do qual resultou o seu nome «Hospital de Santo Espírito». Embora com algumas condições físicas precárias e já estando em construção o novo Hospital, este dispõe de recursos materiais eficientes e continua a ser um hospital de referência na prestação de cuidados hospitalares em todas as suas valências, que abrange, não só as áreas de diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas também como o ensino clínico e investigação.

Por sua vez, a UCEPN, mais conhecida por Unidade de Neonatologia, fica localizada dentro do serviço de Pediatria sendo, no entanto, serviços distintos, com equipas de enfermagem e de assistentes operacionais próprias. É uma Unidade pequena e muito recente, a funcionar como serviço independente desde 2006. A equipa médica é rotativa, pois pertencendo ao quadro de pessoal do serviço de Pediatria, exercem funções no serviço de urgência, consulta externa e Internamento de Pediatria. A unidade dispõe de três secções: cuidados pediátricos (com capacidade de uma cama); cuidados intermédios (capacidade de dois berços e uma incubadora aberta) e cuidados intensivos (capacidade de três incubadoras fechadas e uma aberta). Recebe RN's do Bloco de Partos, Bloco



Operatório, Serviços de Obstetrícia e Pediatria, Ambulatório, Urgência Geral bem como de outras instituições de saúde de todo o grupo central (ilhas de S. Jorge, Graciosa, Pico, Faial). A faixa etária abrangida é maioritariamente a idade neonatal, exceto na ala dos cuidados pediátricos que contempla toda a idade pediátrica.

Para obter permissão para aceder ao campo de estudo, foram inicialmente contactados a Enfermeira Chefe e o Diretor do Serviço. Posteriormente, foi efetuado o pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital e à Comissão de Ética (Anexo IV), o qual foi deferido.

Tipicamente, os estudos qualitativos, em geral, e fenomenológicos, em particular, envolvem um pequeno número de participantes (8 a 12) (Morse, 2007). A população em estudo consiste nos enfermeiros da UCEPN do HSEA-EPER e a seleção da amostra foi feita tendo em conta os seguintes critérios de elegibilidade: enfermeiros na prestação direta de cuidados e com experiência relacionada com o fenómeno, num total de 9 enfermeiros.

Trata-se, portanto, de uma amostra não probabilística, na medida em que não é selecionada de forma aleatória (Polit & Hungler, 1995), nem cada elemento da população tem a mesma probabilidade de ser escolhido (Fortin, 2009) - de uma amostra intencional ou teórica, uma vez que o investigador seleciona os participantes que reúnem experiências em relação ao fenómeno a estudar (Streubert & Carpenter, 1999 cit. por Vilelas, 2009). Esta seleção visa um cenário com alto potencial de riqueza de informação, ou seja conseguir depoimentos mais ricos e assim alcançar o objetivo da investigação (Polit & Hungler, 1995). Nas palavras de Vilelas (2009, p.254) assim, “há a garantia efetiva e eficiente das categorias com informação pertinente e de ótima qualidade”.

Foi feita a caracterização dos participantes tendo em conta a idade, o sexo, a categoria profissional, o tempo de profissão e o tempo de serviço. As idades oscilam entre os 24 e os 51 anos (com uma média de idades de 34) e só há um participante do sexo masculino. Em relação à categoria profissional, três são Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, três são Enfermeiros Graduados e três Enfermeiros Generalistas. O tempo de profissão varia entre 1 e 25 anos, bem como o tempo de serviço em Pediatria.

## **2.4 – Procedimentos de Recolha de Dados**

O instrumento selecionado para a recolha dos dados do presente estudo foi a entrevista individual semi-estruturada gravada em suporte áudio, instrumento este que se

adequa ao tipo de fenómeno em estudo. A entrevista é o instrumento de colheita de dados mais frequente no âmbito das ciências humanas (Vilelas, 2009). Este tipo de entrevista permite dispor de conhecimentos mais profundos, referenciar os problemas, os valores, os comportamentos, os estados emocionais dos participantes (Lessard-Hébert, 2005) o que vai de encontro aos nossos objectivos.

Deste modo, recorreremos a um guião de entrevista que foi estruturado com três questões abertas as mais adequadas aos estudos qualitativos, em geral e fenomenológicos, em particular, de forma ao participante se exprimir livremente. As duas primeiras questões relacionam-se com o primeiro objetivo (exploratório, mas mais fenomenológico) e a terceira questão relaciona-se com o segundo objetivo (marcadamente exploratório):

- Como tem sido para si Cuidar de crianças com Síndrome de Abstinência Neonatal?
- Que experiências tem vivenciado com a família destas crianças?
- O que pensa que poderá ser feito para aperfeiçoar a assistência à criança com síndrome de Abstinência Neonatal e sua família?

O guião pré-elaborado com tópicos ou questões que o investigador pretende desenvolver na entrevista serve de linha orientadora (Bogdan & Biklen, 1994), embora o entrevistador oriente o desenvolvimento da conversação, esta é de carácter flexível, em que os participantes têm uma maior liberdade de expressão (Vilelas, 2009).

Antes da aplicação definitiva, o instrumento foi submetido a um pré-teste a duas enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, seleccionadas pelo próprio investigador e que, não fazendo parte da população, já tinham prestado cuidados a crianças com SAN, na UCEPN em que se desenvolveu o estudo. O pré-teste é imprescindível para a validação do instrumento e teve como objetivo determinar se o guião foi formulado com imparcialidade, clareza e se está elaborado de forma a obter as informações que se pretendiam (Polit & Hungler, 1995). Com a realização deste pré-teste verificou-se a compreensão e a clareza das questões para o presente estudo e a sua eficiência na colheita das informações desejadas.

Foram tidos em conta os principais traços de atitude de um entrevistador referidos por Quivy e Campenhoudt (2005): intervir de forma mais aberta possível; fazer o mínimo de perguntas possível; abster-se de implicar a si mesmo no conteúdo; procurar que a entrevista se desenvolva num ambiente e num contexto adequado e fazer o registo áudio.

Os dados foram recolhidos pelo investigador em visitas à instituição abrangida pelo estudo, em dias, horários e locais previamente agendados com os enfermeiros, de acordo com a sua disponibilidade. As entrevistas decorreram de 13 de Abril a 11 de Maio de 2011.

A duração média das entrevistas foi de 30 minutos. Foram realizadas com recurso a gravador áudio e transcritas na íntegra para suporte escrito informático.

## **2.5 - Considerações Éticas**

Consciente de que em qualquer processo de investigação poderão surgir situações problemáticas e dilemas éticos para o investigador foi tida, durante todo o estudo, uma conduta ética. Ainda tratando-se de uma investigação científica que inclui seres humanos, é preciso assegurar que os seus direitos sejam protegidos. Na base desses direitos temos cinco princípios éticos ou direitos fundamentais que se traduzem em padrões de conduta ética em investigação, referidos por Fortin (1999) citado por Vilelas (2009): o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo. Foram tidos em consideração estes princípios éticos ao longo de todo o processo de colheita de dados, análise e divulgação dos resultados. Mas, para além destes, Fortin (2009) dá especial atenção ao consentimento livre e esclarecido e a aprovação das comissões de ética.

Tendo por base estes princípios a colheita dos dados foi feita após a aprovação da instituição e comissão de ética do HSEAH-EPER (Anexo V). No entanto, a pedra angular de uma investigação eticamente sólida é, sem dúvida, o consentimento livre e esclarecido, pois com este processo o investigador assegura que os participantes entendem os riscos e benefícios, se estão esclarecidos sobre o que se pretende estudar, e se estão informados dos seus direitos, incluindo o de não participar (direito à autodeterminação), ou de, a qualquer momento, recusarem-se a prosseguir participar no estudo (Fortin, 1999 cit. por Vilelas, 2009). Os enfermeiros antes de aceitaram participar no estudo foram devidamente informados dos seus direitos, tendo-lhes sido explicitados os objetivos do trabalho, bem como toda a informação e esclarecimentos solicitados acerca do propósito do estudo, tendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo VI).

As entrevistas foram realizadas num ambiente tranquilo, assegurando a privacidade dos participantes e dos seus depoimentos e foi salvaguardado o anonimato de cada participante e a confidencialidade dos dados durante todo o caminho percorrido, através de códigos. Aquando da efetivação das entrevistas procedeu-se à codificação das mesmas com o recurso da letra “E” e com o número correspondente à gravação áudio (de E009 a E023). Relativamente ainda à credibilidade e confidencialidade dos dados, após a

transcrição das entrevistas foi validada a interpretação do seu conteúdo com os participantes e de seguida as gravações foram destruídas.

### CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com a estrutura do estudo o tratamento dos dados assentou na análise de conteúdo das entrevistas, tendo por base os procedimentos de análise de conteúdo definidos por Laurence Bardin.

A análise de conteúdo é a técnica de análise qualitativa mais frequentemente utilizada em ciências humanas, nomeadamente porque “oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade” e “permite, quando incide sobre um material rico e penetrante, satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, que nem sempre são facilmente conciliáveis” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 227). Esta técnica, segundo Bardin (2009) abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens.

É possível na análise de conteúdo recorrer a técnicas que atuam no sentido de promover o alcance e a compreensão dos significados manifestos e latentes do material recolhido. No presente estudo foi feita uma análise temática ou categorial que é o tipo de técnica mais utilizada pela análise de conteúdo e que consiste em operações de desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos (Bardin, 2009).

Este processo de análise consiste nas seguintes fases: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação (Bardin, 2009). Neste sentido foi efetuada uma pré-análise<sup>5</sup>, que consistiu numa leitura flutuante das entrevistas e, *a posteriori*, leituras verticais e minuciosas, as quais permitiram definir o *corpus* de

---

<sup>5</sup> Fase da organização e sistematização das ideias, em que se escolhem os documentos que irão ser analisados, se verificam os objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material colhido e se elaboram os indicadores que orientarão a interpretação final. Esta é dividida em quatro etapas: leitura flutuante; constituição do corpus; formulação de objetivos; referenciação dos índices e elaboração dos indicadores a serem adotados na análise e preparação do material (Bardin, 2009).

análise<sup>6</sup>. Por sua vez, o *corpus* da análise permitiu destacar dos textos o que era pertinente para os nossos objetivos de estudo, definir corretamente os temas em estudo, procurando o que era comum e diferente em cada tema, identificar as categorias, e também classificar e codificar as respostas dos participantes em unidades de registo.

Depois de constituído o *corpus* da análise, foram selecionadas as unidades de registo mais significativas, que se encontram em anexo devido à sua extensão (Anexo VII), procedeu-se à sua categorização (representação da passagem dos dados brutos a organizados) e tabulação (listar os dados agrupados e contados) (Vilelas, 2009) (Anexo VIII). De referir, que procedeu-se a uma categorização por “acervo”, em que o sistema de categorias não é fornecido, emergiu da classificação analógica e progressiva dos elementos, ou seja, surgiram da análise do trabalho (Bardin, 2009). A categorização teve em consideração os princípios da exclusividade, homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade, de acordo com Bardin.

Assim, as unidades de registo foram agrupadas, de acordo com o seu sentido, em categorias de diversos níveis (dentro de cada categoria os dados foram ainda agregados em subcategorias e sub-subcategorias) de forma a representarem o fenómeno em estudo e responderem aos objetivos, que, por sua vez se organizaram em sete temas principais, identificados de **A** a **G**:

1. **A CRIANÇA (A)** - Como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida;
2. **OS PAIS (B)** - Como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida;
3. **OS PAIS NO CUIDADO À CRIANÇA (C)** - Como o enfermeiro percebe o cuidado dos pais ao seu filho;
4. **OS SENTIMENTOS E AS SENSACIONES NO CUIDAR (D)** - O que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família;
5. **AS DIFICULDADES NO CUIDAR (E)** - As dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando cuida da criança e família;
6. **PARA CUIDAR BEM (F)** - Focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família;
7. **PARA CUIDAR MELHOR (G)** - O que o enfermeiro percebe como necessário para melhorar os cuidados à criança e família.

A apresentação e análise dos dados referentes a cada categoria, subcategoria e sub-subcategoria relativas aos temas serão descritas de seguida. A categorização geral pode

---

<sup>6</sup> É o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos e que envolvem a organização do material, de modo a responder a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 2009).

ser vista no anexo VIII. Para a sua representação selecionamos apenas algumas das respostas obtidas (unidades de registro).

Em virtude da extensão dos dados obtidos e de, na nossa perspectiva, ser mais fácil apresentá-los, procedemos à apresentação dos resultados concomitantemente com a sua discussão, onde o investigador faz as suas inferências e interpretações com base nos objetivos propostos e os compara com o quadro teórico efetuado que orienta a pesquisa.

### 3.1 – Tema A: A Criança

Este primeiro tema refere-se à forma como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida. Apresentamos este tema em primeiro lugar porque promove uma melhor compreensão das características, alterações comportamentais, sintomatologia manifestada e exigências da criança com SAN que se encontram subjacentes ao processo de cuidar. Deste modo, emergiram as seguintes categorias: **É difícil de cuidar (A1)** e **Está em sofrimento (A2)**, bem como as subcategorias identificadas na (Tabela 2).

**Tabela 2:** Categorias e subcategorias do Tema A: A Criança

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
É difícil de cuidar <b>A1</b>	Difícil <b>A1.1</b>
	Inconsolável <b>A1.2</b>
	Irritável <b>A1.3</b>
	Choro intenso <b>A1.4</b>
	Padrões de sono e repouso alterados <b>A1.5</b>
	Padrão alimentar alterado <b>A1.6</b>
	Irrequieta e difícil de acalmar <b>A1.7</b>
	Insuportável <b>A1.8</b>
	Exigente <b>A1.9</b>
	Difícil controle da sintomatologia <b>A1.10</b>
Está em sofrimento <b>A2</b>	Que se percebe <b>A2.1</b>
	Sintomatologia exacerbada <b>A2.2</b>

A categoria **É difícil de cuidar (A1)** refere-se aos diversos motivos porque os enfermeiros consideram a criança com SAN difícil de cuidar. Das respostas obtidas emergiram as seguintes subcategorias: Difícil; Inconsolável; Irritável; Choro intenso; Padrões de sono e repouso alterado; Padrão alimentar alterado; Irrequieta e difícil de acalmar; Insuportável; Exigente e Difícil o controle da sintomatologia.

Tal como contemplado na literatura o cuidar da criança com SAN é um processo difícil e complexo (Fraser [et al.], 2007), opinião partilhada pelos participantes do estudo,

como é possível constatar nos excertos que se seguem: “(...) cuidar duma criança com abstinência é difícil (...)” E012; “Bem, crianças em abstinência é complicado, são bebês difíceis de cuidar (...)” E020; “(...) estas crianças têm necessidades de cuidados difíceis de prestar (...)” E010.

Na subcategoria **Difícil (A1.1)**, podemos verificar que os enfermeiros do estudo reconhecem que são crianças difíceis: “(...) principalmente nos primeiros dias, é um bebê difícil (...)” E010 e “(...) pela minha pouca experiência, são crianças difíceis, mas tudo se consegue.” E009. Também na opinião de Manzano e Palacio (1990), citados por Cotralha (2007), estas crianças são particularmente difíceis a nível relacional.

No que diz respeito à subcategoria **Inconsolável (A1.2)** os participantes revelam que: “(...) não há consolo possível, por mais que os pegue ao colo, feche a luz, ponha uma música calma, não há forma de os consolar (...)” E012; “(...) não há nada naquela fase aguda de abstinência que os faça consolar (...)” E020; “(...) é muito difícil consolá-la (...)” E020. Facto este evidenciado também no estudo de Oikonen [et al.] (2010) quando referem que um dos fatores pelo qual é muito difícil estar perante um RN em quadro de abstinência, é tratar-se de um RN inconsolável. O estudo de Marcellus (2007) faz referência que os enfermeiros que cuidam de RN’s com SAN precisam de habilidades complexas particularmente na capacidade de consolo a estes RN’s.

O quadro de SAN é definido como uma entidade clínica caracterizada principalmente, por hipersensibilidade do SNC (Finnegan, 1985 cit. por Gutiérrez-Padilla, [et al.], 2008), que incluem, para além de outros sintomas neurológicos a irritabilidade (Serrano [et al.], 2004; Mellado [et al.], 2008). Esta condição **Irritável (A1.3)** é mencionada pelos enfermeiros: “(...) são crianças com uma grande irritabilidade (...)” E012; “São crianças que estão sempre irritadas (...)” E018; “São bebês muito agressivos, entre aspas claro, facilmente irritáveis (...)” E019. No estudo de Marcellus (2007) os RN’s experimentam um aumento de irritabilidade prolongada. No estudo de Lemos [et al.]<sup>(a)</sup> (2004) a irritabilidade é uma das manifestações mais evidentes.

A subcategoria **Choro intenso (A1.4)** é uma das mais referenciadas pelos participantes: *São crianças que choram muito (...)* E009; *(...) pelo choro intenso (...)* E020; *(...) choram constantemente (...)* E020. Oikonen [et al.] (2010) referem que é muito difícil estar perante uma criança com SAN, principalmente aquando do seu choro constante.

O choro, pode influenciar o desempenho do profissional, os enfermeiros referiram que “(...) a criança está a gritar um choro há mais de meia hora que incomoda (...)” E021 e “(...) choro gritado que já não os podemos ouvir chorar.” E020. Ideia esta defendida por Zamberlan (2006) e Kakehashi [et al.] (2007), uma vez que pode induzir à distração e ao erro. Nesse



sentido, o ruído ambiental provocado pelo choro pode ser uma componente que ameaça, também, a segurança do RN.

O Women and Newborn Drug and Alcohol Service (2008) apresenta padrões de comportamento manifestados pelo RN com SAN, e para além do padrão da irritabilidade e do choro prolongado/gritado já referidos, o sono ausente ou um estado de alerta exagerado é um sinal evidente que não dispensa medidas de conforto, e que foi encontrado ao longo do discurso dos enfermeiros, emergindo assim, a subcategoria **Padrões de sono e repouso alterados (A1.5)**: “(...) são crianças que dormem no início uma hora pouco mais (...)” E021; “(...) e acima de tudo o que é mais difícil é manter as horas de repouso (...) eles reagem ao mínimo estímulo (...)” E023; “(...) são bebês que reagem mal aos estímulos (...) acordam facilmente (...)” E020. Os períodos de sono e repouso inadequados constituem uma alteração importante no bem-estar da criança, pois interfere no seu descanso físico e psicológico e pode agravar o quadro de privação (Silva, 2005).

No discurso de todos os participantes emergem registos relativos à subcategoria **Padrão alimentar alterado (A1.6)**, ao referirem que as crianças com SAN: (...) comem mal (...) E020; (...) come e que não fica satisfeita (...) E010; (...) são meninos sempre insaciáveis (...) E019; (...) são bebês muito sôfregos e quando comem mais a maior parte das vezes ficam mais sossegados e depois também o reverso, comem mais e têm maior risco de vomitar com mais frequência (...) E021. São crianças que apesar de comerem muito, serem sôfregos e insaciáveis, como referem os enfermeiros, alimentam-se mal devido à sua sucção excessiva e descoordenada (Silva, 2005).

Na subcategoria **Irrequieta e difícil de acalmar (A1.7)** incluem-se as unidades de registo referidas pelos participantes em que se referem a estas crianças como agitadas e irrequietas não sendo fáceis de acalmar: (...) bebê muito agitado (...) E020; (...) estão mesmo muito irrequietos (...) E020; “(...) são difíceis de acalmar (...)” E018; (...) e frequentemente, é difícil ter uma ação produtiva junto deles, porque são muito difíceis de acalmar (...) E020. Esta condição, criança difícil de acalmar, é vista no estudo de Oikonen [et al.] (2010) que concluem que os enfermeiros da UCIN gastam uma grande parte do seu tempo a tentar acalmar estas crianças.

Apesar de encontrarmos apenas dois registos, a subcategoria **Insuportável (A1.8)** é também um contributo para a reflexão, uma vez que, na literatura consultada, alguns autores fazem referência a rótulos negativos e preconceituosos utilizados nestas crianças como "idiotas", "monstros", "Bebês do crack", "filhos de condenados", entre outros (Bradley, 1995 cit. por Marcellus, 2007). Os enfermeiros do atual estudo não vão tão longe, mas desabafam que estas crianças são insuportáveis: “ (...) é mais difícil porque a determinada

altura, tornam-se insuportáveis (...) E015; “(...) são bastante insuportáveis coitadinhos, não têm a culpa, mas é verdade(...)” E020. O que vai de encontro ao estudo realizado por Fraser [et al.] (2007), que refere que o confronto com o bebé que chora e que tem necessidades que exigem respostas imediatas, vão tornando o RN insuportável, irritável e imprevisível.

A subcategoria **Exigente (A1.9)** emergiu como uma das características predominantes para que a criança com SAN seja percebida como sendo difícil de cuidar. Os participantes mencionam que as crianças com SAN são mais exigentes e requerem mais atenção e tempo para cuidar: “(...) exigem muito de nós e dependem muito de nós (...)” E018; “(...) porque são crianças que precisam de muita atenção, mais tempo para elas, para dar o conforto necessário (...)” E009, “(...)quando o serviço está cheio é difícil estar sempre junto deles, eles requerem muito da nossa disponibilidade.”E019. Estes resultados assemelham-se aos de Oikonen [et al.] (2010) que referem que os RN’s com SAN apresentam necessidades físicas, psicológicas e sociais que exigem mais esforço e atenção, por parte do enfermeiro, e para as quais, muitas vezes, não há tempo disponível, por parte destes, porque existem outras crianças para cuidar.

Relativamente à subcategoria **Difícil controle da sintomatologia (A1.10)** os enfermeiros expressam que são sintomas de difícil controlo, principalmente na fase inicial, até iniciarem uma terapêutica eficaz: “(...) também, numa fase inicial quando entravam não estavam bem, eram avaliados, mas não estavam a fazer a terapêutica adequada, por isso era muito difícil prestar cuidados a estes RN’s com alterações físicas, neurológicas, gastrointestinais (...)” E023; “(...) no início são mais difíceis de controlar os sintomas até iniciar a medicação (...)” E010. Os sintomas da SAN são variáveis, podendo ter um início suave transitório ou começar de forma aguda e podem durar de oito a 16 semanas, ou mais (Ferreira & Fernandes, 2008; Mellado [et al.], 2008). O tratamento farmacológico é uma constante nestes casos a fim de diminuir a severidade dos sintomas (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004). No entanto, os participantes do estudo referem que esse controlo não é imediato nem é permanente: (...) não é de uma hora para a outra, é um processo longo, até apresentar os 3 scores de 8, até iniciar terapêutica, até esta começar a fazer efeito e atenuar os sintomas, sim porque é só atenuar, eles não desaparecem totalmente (...) E020.

Em termos gerais e analisando, na globalidade, a categoria **“É Difícil de cuidar” (A1)** de acordo com o discurso dos enfermeiros, podemos refletir que são cuidados difíceis de prestar, não no sentido de dificuldades técnicas, mas sim no âmbito das características que as crianças com SAN apresentam. São crianças designadas como difíceis, com necessidades de consolo, sinais e sintomas difíceis de controlar, que exigem mais tempo e atenção do enfermeiro, o que as torna mais difíceis de cuidar. A maioria dos participantes refere como

condições mais difíceis no cuidar a exigência requerida pelo RN, o seu choro intenso e difícil de acalmar.

Estes resultados são congruentes com o estudo de Marcellus (2007), que refere que a sensibilidade deste grupo de RN's exige habilidades avançadas por parte do enfermeiro, particularmente, e como já foi referido, na capacidade de consolo, bem como na alimentação e ambiente de forma a proporcionar conforto, sono e repouso. Acrescenta ainda que o nível de conhecimento, aptidão, paciência e empenho, requeridos para fornecer cuidados de enfermagem excelentes a este grupo de RN's, não deve e não pode ser subestimado. Ademais, o facto de poderem exigir tratamento prolongado e semanas de hospitalização (Sarkar & Donn, 2006), torna difícil estar perante crianças em quadro de abstinência por um longo período de tempo.

A categoria **Está em Sofrimento (A2)** foi diferenciada em duas subcategorias: **Que se percebe (A2.1)** e **Sintomatologia exacerbada (A2.2)**.

Em relação à subcategoria **Que se percebe (A2.1)**, podemos ver através dos excertos dos participantes do atual estudo que estes RN's estão a sofrer: "(...) *começam naquele episódio de angústia total.*" E009; "(...) *ver o bebé a sofrer (...)*" E010; "(...) *que tem um sofrimento complicado de controlar (...)*" E010.

Manzano e Palacio (1990) citados por Cotralha (2007) referem no seu estudo que os enfermeiros tentam acalmar o sofrimento dos RN's com SAN.

Os enfermeiros identificam e partilham connosco na subcategoria **Sintomatologia exacerbada (A2.2)** sinais e sintomas da SAN como sinal de sofrimento do RN: "*São meninos que têm sudorese intensa, tremores, rigidez muscular (...)*" E019; "*Transpiram imenso, podem regurgitar, vomitar, costumam estar com uma sucção excessiva (...)*" E009; "*A nível da sucção excessiva, estamos a olhar para ele e ele está numa aflição, leva aquelas mãos à boca (...)*" E015.

A literatura descreve que a SAN é definida amplamente como a presença de sintomas em RN's expostos a drogas *in útero* (Marcellus, 2007). O SNC do RN faz uma hiperestimulação de sintomas de abstinência (Mellado [et al.], 2008). São sinais e sintomas severos (Lemos [et al.]<sup>(b)</sup>, 2004) e intensos (Schechner, 2005), desde tremores, hipertonia, reflexo de Moro exuberante, convulsões, dificuldades alimentares por sucção descoordenada ou excessiva, vômitos, diarreia, perda ponderal excessiva, desidratação, sudorese intensa, instabilidade térmica, febre, obstrução nasal, espirros, bocejo, manchas irregulares da pele, taquipneia, entre outros (Serrano [et al.], 2004; Marcellus, 2007; Mellado [et al.], 2008).

No estudo de Lemos [et al.]<sup>(a)</sup> (2004), as manifestações mais evidentes foram: os tremores, a irritabilidade, a hipertonia e a hiperreflexia. Os sintomas gastrointestinais

foram raros. No entanto, Mellado [et al.] (2008) referem que estes últimos são os mais difíceis de controlar, causando uma hospitalização mais prolongada. No atual estudo estes foram os sintomas mais evidenciados e representativos de sofrimento da criança, na perspectiva dos enfermeiros.

Perante a análise efetuada podemos inferir que durante o período de abstinência aguda, os enfermeiros são, sem dúvida, o instrumento-chave no cuidar de crianças com SAN, e percebem a criança que cuidam, porque vivem e assistem de perto as suas necessidades, alterações comportamentais, bem como todos os sinais de sofrimento manifestados.

### 3.2 – Tema B: Os Pais

O tema que se segue representa como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida. Neste sentido emergiram as seguintes categorias: **Têm Dificuldades (B1)** (dificuldades dos contextos) e **São Peculiares (B2)** (como os enfermeiros os definem/caracterizam) (Tabela 3).

**Tabela 3-** Categorias e subcategorias do Tema B: Os Pais

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Têm dificuldades <b>B1</b>	Dificuldades socioeconómicas <b>B1.1</b>
	Baixo nível cultural <b>B1.2</b>
São Peculiares <b>B2</b>	Desorganizados enquanto família <b>B2.1</b>
	Problemáticos <b>B2.2</b>
	Papel de vítimas <b>B2.3</b>
	Jovens e desgastados <b>B2.4</b>
	Doentes <b>B2.5</b>
	Responsáveis pela situação <b>B2.6</b>
	Sentem vergonha e culpa <b>B2.7</b>
	Peritos na situação <b>B2.8</b>

A categoria **Têm Dificuldades (B1)** é definida como dificuldades dos contextos sociais, económicos e baixo nível cultural, havendo assim necessidade de criar as seguintes duas **subcategorias**: Dificuldades socioeconómicas (**B1.1**) e Baixo nível cultural (**B1.2**).

Na subcategoria **Dificuldades socioeconómicas (B1.1)** os participantes fazem referência a famílias de classe média/baixa e que vivem em condições, muitas vezes, precárias, como referem os excertos seguintes: (...) *que viviam com fracas condições*

*habitacionais (...) E009; (...) vivem em bairros pouco estruturados (...) E015; (...) regra geral são famílias de classes sociais baixas (...) E020.*

Martins, Guedes e João (2008) referem que a população toxicodependente está, normalmente, inserida em contexto económico desfavorável. Esta condição pode ser vista também nas afirmações dos enfermeiros: *Os casos que apanhei eram famílias com poucas posses monetárias (...) E009; (...) alguns mesmo desempregados naquele momento (...) E009; Geralmente são famílias que têm o rendimento mínimo, ou trabalham (...) E018; (...) recebem subsídios (...) E018.*

Marcellus (2007) refere que, para além dos efeitos de abstinência, estas crianças podem, também, ter riscos específicos relacionados com as condições sociais dos pais.

Relativamente à subcategoria **Baixo nível cultural (B1.2)** os enfermeiros do estudo salientam o facto de serem pais sem habilitações literárias: *“(...) são famílias com grau de escolaridade baixo (...) e por arrasto tem algumas incapacidades a nível cognitivo, se assim posso dizer, e isto dificulta muito a situação. E010; (...) são muito difíceis, porque geralmente, estas famílias toxicodependentes têm um estudo muito baixo (...) o que torna uma conversa difícil, conversas muito básicas (...) E015; (...) com baixas habilitações literárias. E021.*

O estudo de Souza (2010) refere que o abuso de drogas culmina em alterações sociais, não só a nível da família e trabalho, bem como dos estudos, pois o indivíduo fica com as suas habilidades de relacionamento sócio afetivas comprometidas, o que faz com que estes sujeitos tenham maior dificuldade de adaptação às novas exigências parentais.

É de referir ainda o Maternal Lifestyle Study, o maior estudo efectuado até ao momento sobre a exposição pré-natal a drogas realizado em quatro centros americanos, que trouxe algumas contribuições importantes para o conhecimento desta área, esclarecendo que o problema do consumo de drogas durante a gestação é complexo, pois relaciona-se não só com o uso de múltiplas drogas, mas, também, com as condições socioculturais nas quais estas crianças crescem. A exposição pré-natal é o marcador de situações adversas de vida, como o uso de outras drogas, a pobreza, a monoparentalidade, a baixa escolaridade materna, entre outras (Cunha, 2007).

A categoria **São Peculiares (B2)** refere-se a como os enfermeiros definem/caracterizam estes pais. Embora não se possa falar em famílias-tipo com problemas de toxicodependência, é todavia possível assinalar algumas das suas características particulares. Esta categoria foi diferenciada em seis subcategorias: Desorganizados enquanto família **B2.1**; Problemáticos **B2.2**; Papel de vítimas **B2.3**; Jovens e desgastados **B2.4**; Doentes **B2.5**; Responsáveis pela situação **B2.6**; Sentem vergonha e culpa **B2.7** e Peritos na situação **B2.8**.

Os indivíduos que consomem drogas têm habitualmente comportamentos de risco, quer em termos de saúde, quer em termos sociais, que levam à desintegração sociofamiliar. Do discurso dos participantes, emerge o sentido de que estes pais são **Desorganizados enquanto família (B2.1)**. Esta subcategoria permite perceber a situação dos pais dentro do seio familiar: (...) *vivem em famílias desorganizadas (...)* E015; "(...) *mas também não vamos estar aqui a fazer de contas que é uma família feliz e completamente organizada, porque não é.*"E015; (...) *são famílias desorganizadas (...)* E015.

Segundo Martins, Guedes e João (2008) muitas vezes são mulheres/mães desorganizadas, com uma autoimagem muito negativa que optam por manter a dependência e não pensam no futuro dos filhos. Pinho, Pinto e Monteiro (2006) salientam que estas mães necessitam de um suporte familiar, o que poderá beneficiar a criança. Este suporte familiar é revelado por Lemos [et al.] <sup>(b)</sup> (2004) e Marcellus (2007) como algo fundamental, uma vez que, e como referem Martins, Guedes e João (2008), na vida de um indivíduo toxicodependente, o consumo sistemático de drogas leva à rutura de todos os subsistemas. No discurso dos enfermeiros encontramos presente este suporte familiar referente aos avós: "(...) *têm apoio de um familiar, normalmente dos avós.*" E018; "(...) *são famílias complicadas (...)* *que o grande suporte muitos dos casos são os avós.*" E023.

No entanto, Martins, Guedes e João (2008) referem que a rede de suporte familiar, que se restringe ao agregado familiar, na maioria das vezes é destruída (disfuncional), pois é afetada a nível profissional, de relacionamento, económico, entre outros, o que impede, muitas vezes, o desempenho de um papel de suporte eficaz.

Os participantes definem ainda estes pais como **Problemáticos (B2.2)** que vão desde mentirosos, manipuladores, a revoltados, agressivos verbalmente, exigentes, autoritários, orgulhosos, desconfiados e descuidados, como vamos assistindo nos excertos seguintes.

Martins, Guedes e João (2008) referem que a família frequentemente omite informações ou não colabora nos cuidados. Hamdan (2010) acrescenta que esta omissão já vem desde o período pré-natal, pois a quantidade de informação obtida pela mãe sobre a exposição pré-natal à droga varia amplamente e pode não ser confiável. Os participantes no nosso estudo vão mais além e definem, mesmo, os pais como **mentirosos**: (...) *porque eles são muito mentirosos (...)* E012; (...) *geralmente elas mentem (...)* E018; *São pais que não são muito verdadeiros (...)* E018. Para além de mentirem, são considerados como sendo **manipuladores**: [pais] (...) *tentam manipular-nos e dar-nos a volta (...)* E010; *São pais que à partida tentam nos manipular muito (...)* E023. Os participantes referem ainda que os comportamentos

problemáticos dos pais diferem. Por vezes são também **autoritários; agressivos verbalmente, exigentes, orgulhosos, desconfiados, revoltados e descuidados:**

*[pais] (...) pessoas muito revoltadas (...) E021; (...) ou de serem mais agressivos verbalmente (...) E018; [pais] (...) normalmente são autoritários (...) E019; Quando temos pais mais exigentes (...) E018; [pais] (...) orgulhosos (...) E019; [pais] (...) desconfiavam mesmo de nós. E023; (...) um dos problemas que nós às vezes temos com as famílias é os próprios cuidados de higiene, às vezes temos mães que não se suporta o cheiro e quando vão embora arejamos a sala (...) E020.*

Da análise do conteúdo das respostas podemos inferir que os participantes consideram estas características como experiências negativas vividas com estes pais. É de ressaltar o facto de que, o serem pais problemáticos vai dificultar todo o processo de cuidar: por um lado sujeita a criança a um internamento mais prolongado, no sentido de uma alta segura; por outro lado dificulta o relacionamento entre enfermeiro-pais, no sentido da possibilidade de desenvolver um trabalho em conjunto.

A subcategoria **papel de vítimas (B2.3)** é referida com alguma intensidade pelos participantes. Os enfermeiros percebem este desempenhar o “papel de vítimas”, por parte dos pais, com desagrado por pedirem muitas vezes sem necessidade e sem humildade, uma vez que até possuem uma fonte de rendimento e ajudas do estado na aquisição de um lar:

*[pais] (...) Geralmente não tem grandes dificuldades, eles alegam sempre que sim (...) E018; (...) o que me custa às vezes lidar com estes pais é que se põe num papel de vítima (...) E015; [pais] (...) fazem-se vítimas da sociedade. E023; [os pais] (...) dizem logo que não têm dinheiro, que não têm condições mínimas para poderem tratar e assegurar aquilo que a criança necessita, geralmente eles têm o rendimento mínimo, outros até trabalham, outros, em que lhes é inclusive dado casa. E018.*

Outra característica referida pelos participantes foi **o facto de serem pais jovens e desgastados (B2.4):** *(...) na maioria, são pais jovens, embora acabados (...) E023; [pais] (...) parecem muito mais velhos (...) E023; (...) tivemos um caso de uma mãe que parecia ter 40 anos, e era muito mais nova do que eu, 23 anos (...) E023.* Esta condição relaciona-se com os efeitos da droga e com a vida que o indivíduo toxicodependente leva. E é de facto nos grupos etários dos 15-24 anos e 25-34 anos que se encontra maior número de toxicodependentes (Balsa, 2008), o que corresponde à idade fértil (Gaspar, 2009).

A subcategoria **Doentes (B2.5)** parece relacionar-se com a sua condição de toxicodependência: *(...) normalmente os dois são consumidores e estão no programa da metadona. E018.* A toxicodependência é referida por Serrano [et al.] (2004) e Sarkar e Donn (2006) como doença crónica progressiva, uma vez que, e para além do consumo, estes pais apresentam doenças infecciosas e distúrbios emocionais. Em consonância com esta ideia apresentamos os resultados do Maternal Lifestyle Study referido por Cunha, (2007) em que as doenças sexualmente transmissíveis e as doenças psiquiátricas estão presentes nestas situações. Facto este evidenciado também no discurso dos enfermeiros do estudo. Estes

fazem referência às doenças infecciosas: [pais] “(...) a maioria com hepatite B e C, (...)” E021; “(...) temos tido casos de hepatite C, sífilis, não me lembro de nenhuma mãe seropositiva (...)” E010, bem como às doenças psiquiátricas (suicídio): “(...) e já tivemos um caso em que o pai, muito jovem, tentou-se suicidar, outro em que teve de ficar internado em S. Rafael e iniciar tratamento (...)” E021; “Tive uma experiência com uma mãe que consumia e acabou por suicidar-se (...)” E023.

Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006) referem-se a estas mães como, geralmente, ansiosas e deprimidas e que têm um grande desapego por si próprias. De forma a colmatar estas situações Keen e Alison (2001) revelam que o reforço positivo por parte dos profissionais, relativamente a boas práticas de puericultura e ao desenvolvimento da confiança dos pais nas suas próprias capacidades, podem reverter em benefício da imagem que os pais têm de si próprios, o que os pode ajudar a controlar melhor outros aspetos das suas vidas.

A subcategoria **Responsáveis pela situação (B2.6)** evidencia que os enfermeiros parecem culpabilizar os pais pelo estado clínico da criança, como podemos ver nos depoimentos seguintes:

*(...) quer queiramos quer não, pensamos sempre que a culpa daquele bebé estar naquela situação é pela irresponsabilidade dos pais (...) E021; (...) não estão aqui por qualquer coisa orgânica, eles estão aqui é por outra situação relacionada diretamente pelo comportamento materno.” E018; (...) mas cabe a nós não as julgar, o que às vezes é difícil, porque estes meninos estão a sofrer pelo que as mães fizeram, pelo consumo de drogas (...)”E019.*

Hamdan (2010) refere que a SAN representa um problema clínico e social. Mesmo que os conhecimentos sobre as drogas utilizadas durante a gravidez tenham avançado consideravelmente, continua haver preconceitos, perceções e rótulos negativos atribuídos à droga, às mães e seus filhos. Nesta linha de pensamento é de referir que nem sempre é fácil pôr de parte certos valores e preconceitos. Num estudo apresentado por Fraser [et al.] (2007), os enfermeiros relataram que consideravam os pais parcialmente responsáveis pelo quadro clínico de abstinência dos filhos reduzindo a sua vontade de interagir com estes.

Existem ainda muitos preconceitos morais e recriminações em torno da toxicod dependência sendo, por vezes, difícil para o enfermeiro dissociar-se do estigma social que caracteriza esta patologia (Santos & Marques, 2005). No entanto, é importante adotar uma atitude que não seja condenatória, mas que seja firme e precisa acerca dos limites da equação dos cuidados à criança (Keen & Alison, 2001). Neste sentido consideramos que os enfermeiros do estudo apesar de culpabilizarem os pais tentam que esta imagem não seja transmitida para estes, e que não influencie na prestação de cuidados, como podemos ver nos memorandos seguintes:

*“(...) às vezes, na maioria, acho eu, a nível de enfermagem temos aquela ideia que os pais, a mãe principalmente, é culpada pelo filho estar daquela forma, mas com o tempo vejo que isso*



*está a melhorar, não sinto uma atitude condenatória por parte dos enfermeiros (...)" E009; "Geralmente não gosto de trabalhar com estas famílias, mas isso não influencia a minha prestação de cuidados, faço por eles não notarem isto em mim, mas geralmente não gosto porque são os culpados pelo bebé estar assim (...)" E015.*

No que diz respeito à subcategoria **Sentem vergonha e culpa (B2.7)** a maioria dos participantes percebe que estes pais se sentem culpabilizados e têm vergonha, de alguma forma, pelo estado do filho e pela sua condição de toxicodependentes, o que é demonstrado, pelo seu silêncio, pelo tentarem passar despercebidos no serviço e omissão de factos aos outros pais:

*Claro que os pais mais difíceis, em termos de comunicação, também se calhar são os que se sentem mais culpabilizados (...) E021; (...) há pais que tentam passar despercebidos no serviço, porque têm vergonha de estarem neste caminho, neste azar às vezes (...) E010; (...) normalmente os outros pais perguntam o que é que o filho deles tem, e eles não dizem, inventam outro motivo, têm vergonha (...) E023 (...) os pais muitas vezes sentem culpabilizados pelo que está acontecer ao bebé (...) E021.*

Estes resultados são congruentes com os de Keen e Alison (2001) em que muitos pais toxicodependentes já se culpabilizavam pelos efeitos que as drogas podiam estar a provocar nas suas crianças.

Outra característica dos pais que os tornam peculiares, aos olhos destes enfermeiros, e que emerge nos seus discursos, é que eles parecem ser **Peritos na situação (B2.8)**, muitas vezes já vivenciada, desde a droga em si a seus efeitos, como do processo social que poderá decorrer:

*"(...) há uma percentagem de pais que têm um conhecimento ótimo dos sintomas, dos efeitos, que sabem quando é que os sintomas vão aumentar no bebé (...)" E010; "Normalmente são mães que já tiveram outros filhos sinalizados e seguidos pela assistente social da área de residência ou proteção de menores, quando eu digo aos pais que foi contactado a assistente social e que esta vem cá cima falar com eles, agem com a maior naturalidade, porque ao fim ao cabo eles já estão à espera disto (...)" E015.*

Estes dados permitem-nos perceber, e pensando na complexidade do **Tema B "Os Pais"**, que os enfermeiros percebem estes pais como tendo dificuldades sociais, económicas, culturais e possuindo características peculiares, que têm potencial para influenciar negativamente na recuperação do filho e na sua inserção na comunidade. Percebe-se também que os enfermeiros culpam os pais pelo sofrimento dos filhos. Podem considerar-se como fatores positivos a vergonha e a culpa dos pais, bem como o serem conhecedores da situação de risco já vivenciada por eles, como impulsionadora de aproximação com o filho de forma a colmatarem os seus erros, embora o sentimento de culpa, nas pesquisas consultadas, (Lucas e Palminha, 2003 e Oikonen [et al.], 2010), seja visto como distanciamento do seu filho e não como fator de aproximação. Em contrapartida, Brito (2001) citado por Gaspar (2009), faz referência às duas vertentes em

que a mãe vive sentimentos violentos e contraditórios que conduzem a comportamentos de grande proximidade ou de total abandono.

De tudo isto decorre a necessidade de que a equipa de enfermagem incentive a sua colaboração nos cuidados ao filho. Esta reveste-se de grande valor pois os dados científicos revelam que as mães dependentes de drogas correm um risco superior de negligência nos cuidados ao RN (Lucas & Palminha, 2003). Da mesma opinião temos Marcellus (2007) ao referir que a atenção do enfermeiro não se prende exclusivamente com o RN, mas também com os seus pais, pelo risco de maternidade/paternidade inadequada. Saber como avaliar e intervir junto destas crianças e suas famílias revela-se essencial. Perante esta perspetiva é importante perceber como os pais prestam esses cuidados. Temática evidenciada de seguida.

### 3.3 – Tema C: Os Pais no Cuidado à Criança

Neste tema apresentamos o modo como o enfermeiro percebe o cuidado dos pais ao seu filho, permitindo-nos compreender o nível de preparação e conhecimentos dos pais, ações e atitudes desenvolvidas, bem como o seu envolvimento com o filho, ou seja, conhecer a família que cuida e como cuida, na perspetiva dos enfermeiros inquiridos. Assim, do discurso dos enfermeiros emergem como categorias: **Dificuldades no cuidar (C1)** referente aos cuidados que os pais não são capazes de prestar; **Competências no cuidar (C2)** relevando os cuidados que os pais são capazes de prestar e **Atitudes no cuidar (C3)**, referente às atitudes quando cuidam dos seus filhos. Esta última categoria foi diferenciada em duas subcategorias: **Favorecedoras da parentalidade e vinculação (C3.1)** e **Dificultadoras da parentalidade e vinculação (C3.2)** (Tabela 4).

**Tabela 4-** Categorias e subcategorias do tema C: Os pais no cuidado à criança

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Dificuldades no cuidar <b>C1</b>	
Competências no cuidar <b>C2</b>	
Atitudes no cuidar <b>C3</b>	Facilitadoras da parentalidade e vinculação <b>C3.1</b>
	Dificultadoras da parentalidade e vinculação <b>C3.2</b>

Na categoria **Dificuldades no cuidar (C1)** os enfermeiros consideram que os pais dependentes de drogas têm mais dificuldades no cuidar do que outros pais. No entanto só

referem dois cuidados que estes não conseguem prestar, que estão relacionados com o acalmar o filho e com a sua alimentação:

*(...) estes pais a nível de cuidados, comparando com os outros pais de outros bebés com outras patologias, nota-se inicialmente a nível dos cuidados mais dificuldades (...) E009; Em relação à alimentação, a maior parte das vezes eles iniciam, mas depois nós é que acabamos por dar, porque eles ficam desesperados com aquele descontrolo de sucção excessiva (...) E021; (...) como choram muito, os pais ficam desesperados com eles ao colo e temos que intervir, porque não conseguem acalmá-lo. E021.*

De encontro a estes resultados Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006) referem que as exigências que o RN com SAN impõe à mãe são enormes e não recompensadoras em termos de respostas positivas, pois estes bebés são difíceis de confortar e choram por longos períodos, o que pode ser especialmente difícil, cansativo e também fonte de desvinculação para a mãe.

Os trabalhos de pesquisa realizados por alguns autores defendem que as mães toxicodependentes, habitualmente, não conseguem exercer completamente o seu papel de mãe, pois sobrepõem o desejo compulsivo da droga aos cuidados a prestar à criança (Lemos [et al.], 2004) e pelo facto de consumirem “não conseguem promover, comprovadamente, educação e apoio suficientes para suas crianças, quando comparadas com mulheres que não ingerem drogas” (Delgado [et al.], 1991, p.60).

A categoria **competências no cuidar (C2)** é relativa aos cuidados que os pais são capazes de prestar.

As competências que os participantes reconhecem nos pais consistem, particularmente, em competências técnicas dos cuidados básicos (cuidados de menor exigência) ao filho, como dar o biberão, prestar os cuidados de higiene, mudar a fralda: *[mães autónomas] (...) a dar o biberão. E015; [pais] (...) mudam a fralda (...) E009; [mães autónomas] (...) a dar o banho (...) E015.* Nota-se que ao longo do internamento tornam-se mais autónomos e prestam bons cuidados ao filho de forma integral: *[pais] (...) com o tempo eles até a prestar os cuidados são bastante mais autónomos (...) E020; (...) prestam todos os cuidados integrais ao seu filho (...) E021; [pais] Normalmente prestam razoáveis a bons cuidados, um bocado a despachar e pronto, não se nota delicadeza, nem cuidado extremo, é para fazer e pronto. E023.*

Pelo discurso dos participantes parece ser possível inferir que o facto de os pais cuidarem do seu filho os torna mais seguros nestes cuidados o que, conseqüentemente, promove a sua autonomia. No entanto, os participantes fazem transparecer a falta de brio nos cuidados prestados pelos pais. Estes pais fazem, muitas vezes, os cuidados “por fazer”, à pressa e sem delicadeza, o que vai de encontro ao estudo apresentado por Ford e Turner (2001), que apesar de não ser exclusivamente relacionado com crianças com SAN,

concluíram falta de brio e atenção dos pais nas habilidades técnicas aquando internamentos longos.

De acordo com Pires (1990) citado por Barradas (2008), o comportamento parental é uma tarefa que se refere aos cuidados prestados às crianças, que visa providenciar um ambiente adequado ao seu desenvolvimento cognitivo e social, responder ao desconforto das mesmas, às interações sociais e comportamentos disruptivos e resolver conflitos e dificuldades interpessoais. Neste sentido, o comportamento parental requer competências de diversos tipos. O facto de os pais demonstrarem competências é fator capaz de, no futuro, proporcionar uma maternidade/parentalidade adequada. Uma das razões que contribui para que a alta não seja dada precocemente consiste no tempo necessário para a construção/desenvolvimento de competências parentais.

A categoria **Atitudes no cuidar (C3)** é referente às atitudes dos pais quando cuidam dos seus filhos, reconhecidas pelos enfermeiros. A categoria foi diferenciada em duas subcategorias: **Facilitadoras da parentalidade e vinculação (C3.1)** e **Dificultadoras da parentalidade e vinculação (C3.2)**.

Esta categoria refere-se às atitudes que, de uma forma positiva ou negativa, condicionam a parentalidade e a vinculação. No entanto, optamos por analisar estas atitudes em separado, uma vez que umas podem condicionar de forma favorável o cuidar e as outras surgir como fator inibidor do processo.

A subcategoria **Facilitadoras da parentalidade e vinculação (C3.1)** teve em conta os seguintes indicadores: Pais Interessados; Presentes; Atenciosos/Carinhosos e com vontade de mudar.

Nos excertos seguintes torna-se visível que, alguns pais, apesar das características e limitações que têm vindo a ser analisadas, mostram **preocupação** com o filho e **interesse** em acompanhar e prestar cuidados ao seu filho: *[pais] (...) manifestam algum interesse (...) E012; (...) preocupam-se, não são todos, há pais e pais, não podemos generalizar (...) E012; [pais] (...) procuram prestar os cuidados (...) E023.*

Os participantes descrevem algumas experiências com pais **presentes** nos cuidados: *[pais] (...) a maioria estavam presentes nos cuidados (...) E012; Eu tive experiência com pais muito presentes, outros nem tanto (...) E023; (...) quando tínhamos aqueles 4 bebés ao mesmo tempo, os pais estavam todos presentes, era uma barulheira no meio daquele choro todo (...) E012.*

No entanto foi referido pelos participantes que a presença dos pais nos cuidados, muitas vezes, era “enganadora” com o objectivo de os filhos não lhes serem retirados: *(...) alguns eram pais que vinham cá com alguma frequência porque tinham receio que os filhos lhe fossem retirados, e depois a assistente social pergunta se são pais presentes, se estão interessados,*

por isso alguns deles vinham para aqui para o filho não ser retirado. Houve casos em que foram mesmo retirados, mas temporariamente. E023. Em contrapartida, esta presença física e colaboração nos cuidados, mesmo tendo subjacente outras intenções, também vêm contribuir para o papel parental e uma maior vinculação com o filho, apesar de ser considerado pelos enfermeiros como um vínculo diferente: [pais] (...) quando começam a participar mais nos cuidados, fazendo coisas simples e vêem que eles acabam por acalmar, vão ficando mais presentes, e isso, também, vai-lhes fazendo bem (...)” E009; [pais] (...) presentes e que colaboram, mas o vínculo mãe-bebé, no início fica muito aquém do que aquele que nós desejaríamos para um RN, é um vínculo diferente. E021.

Todavia, notam que os pais demonstram atitudes de **carinho e atenção** aquando os cuidados ao seu filho, pegam-no ao colo, embalam-no e fazem carícias: *A maioria dos pais faz os cuidados com atenção e com carinho (...) E010; As mães, e falo nas mães, porque estas vem mais do que os pais, algumas não têm qualquer relacionamento com os filhos, mas outras têm, pegam no bebé ao colo, fazem carinhos, mas também fartam-se depressa (...) E023.*

Estes dados estão em consonância com os indicadores de ligação afetiva positiva apresentados por Barradas (2008): o olhar prolongado, o acariciar, o aconchegar, tocar, beijar, abraçar e o cheirar. No entanto, o último memorando faz referência que os pais prestam cuidados com carinho, mas que, também, fartam-se depressa. Como referem Klaus e Kenel (1982) citado por Conz (2008) para que se estabeleça um vínculo entre pais e filho é necessário um certo tempo de aproximação, de carícias e aconchego. Não é instantâneo nem automático, mas sim um processo contínuo (Brazelton & Bertrand, 2004). Os pais ao cuidarem e tocarem no filho proporcionam a segurança e proteção necessárias (Ramos, 2004 cit. por Barradas, 2008).

A **vontade dos Pais em mudar** foi considerada uma atitude favorecedora da parentalidade e vinculação, uma vez que estes vêem no filho um incentivo para saírem da droga e cumprir o tratamento. Referem ainda que vão “agarrar-se” a ele com empenho e dedicação. Esta força e esta luta, que os pais demonstram, já é “meio caminho andado” para um próximo passo, na opinião dos participantes: (...) *há pais que vêem o bebé como um novo fôlego para iniciar uma nova vida (...) E010; (...) esta mãe dizia que ia se agarrar à filha com todas as suas forças e que era um incentivo para continuar na metadona (...) E023.* De acordo com Barradas (2008), os profissionais de saúde devem ser agentes dinamizadores de aprendizagens indo ao encontro às motivações e necessidades individuais e familiares.

A subcategoria **Dificultadoras da parentalidade e vinculação (C3.2)** tem como indicadores pais impacientes, ausentes e mais desligados.

Os participantes definem estes pais como **impacientes**, como é possível ver nos excertos a seguir: [pais] “(...) eles acham que é uma seca estar ali todo o dia sem fazer nada a ver o bebé dormir.” E019; [pais] (...) “são pessoas muito impacientes (...)” E023; (...) mesmo quando estão cá, estão sempre a olhar para o relógio e andam de um lado para o outro.” E019. Ideia esta apresentada por Barradas (2008) que refere que o processo de transição para a parentalidade, com as alterações dos papéis familiares e o aumento das responsabilidades implicam, muitas vezes, momentos de tensão familiar, podendo persistir sensações de impaciência.

Em relação aos **pais ausentes C3.2.2**, Barradas (2008) refere que muitas vezes os pais tendem a afastar-se do filho aquando o internamento em UCIN, o que vai ao encontro dos depoimentos que se seguem. A ausência dos pais no serviço, nos cuidados e junto do seu filho com SAN, foi evidenciada pelos participantes, embora refiram que esta ausência é mais frequente numa fase inicial, mas vista como estratégia de negação e fuga e não em rejeição ao filho. No entanto os sintomas apresentados por este, também, os assustam:

*[pais ] (...) No geral, inicialmente parece que ficam numa fase de negação, ausentam-se muito (...) E009; Eles vêm visitar os filhos só de vez enquanto, e ficam sem aparecer 2 ou 3 dias (...) E010; São pais pouco presentes, vêm por curtos espaços de tempo (...) E018; [pais] (...) para eles como é difícil de acalmá-los então a maneira mais fácil é afastarem-se (...) E018; (...) a maioria dos pais acabam por ser mais ausentes, porque como os bebés estão numa fase de adaptação à medicação que estão a fazer (...) acabam por se afastar um bocadinho, não em fase de rejeição (...) E021.*

Oikonen [et al.] (2010) revelam resultados semelhantes no seu estudo, mas referem ainda que as visitas dos pais toxicodependentes além de esporádicas são de má qualidade. Dormem, leem revistas, assustam-se, são instáveis, tendo um contacto desajustado e prejudicial com os filhos. É de salientar, também, o estudo de Lucas e Palminha (2003), estes referem que quando se analisa objetivamente a interação, tendo em conta um conjunto de parâmetros tais como a troca de afetos, capacidade para alimentar e cuidar da higiene do filho, regularidade de visitas e duração destas, o comportamento das mães toxicodependentes revela sinais preocupantes. Uma significativa maioria (mais de 90% dos casos) é incapaz de se submeter às regras de disciplina impostas pela equipa de enfermagem no que diz respeito ao horário das refeições e prestação de cuidados de higiene. Só uma minoria visita o filho diariamente e menos de 5% do total é incapaz de permanecer numa unidade mais de 60 minutos.

Os nossos participantes mencionam ainda que os consideram **pais desligados/despreocupados**, em relação aos cuidados ao seu filho, mostrando um certo **desinteresse**:

*[mães] (...) conseguem fazer os cuidados, mas mais despreocupadas (...) E019; (...) são pais mais desligados e despreocupados. (...) E009; Eles estão ansiosos, mas com outras coisas, não propriamente com os cuidados que têm de prestar ao filho. E009; [pais] (...) normalmente o interesse não é muito, fazem os cuidados a correr (...) E009; (...) mas as que tive eram mães mais distantes (...) E019.*

Em consonância com a percepção dos participantes, salientamos o estudo de Fraser [et al.] (2007) que referem que os pais de crianças com SAN são distantes e não estão emocionalmente e/ou fisicamente disponíveis para o seu filho de forma a criar um envolvimento afetivo.

Numa leitura global do tema **Os pais no cuidado à criança (C)**, é fácil presumir que os pais ao longo do internamento vão participando mais nos cuidados e de forma autónoma. Por um lado, constatamos que a mãe participa nos cuidados cuja exigência é menor, ou seja, os cuidados do dia-a-dia, tais como a alimentação, higiene e muda de fralda, embora tenhamos observado, no discurso dos participantes, que no cuidado da alimentação percebem alguma dificuldade, devido à sucção excessiva apresentada por estes RN's, necessitando da ajuda do enfermeiro. Por outro lado, salientamos dificuldades em cuidados mais "complexos", tendo em conta a síndrome, como o acalmar o filho durante as suas crises de choro e irritabilidade.

Ao analisar cuidadosamente as categorias e compararmos as suas subcategorias, pensamos ser importante realçar o facto de serem pais mais distantes, desligados, despreocupados, desinteressados dos cuidados, o que vai influenciar a forma como estes são prestados e que parecem, segundo o discurso dos participantes, cuidados realizados sem sensibilidade e delicadeza. No entanto alguns pais são atenciosos com os filhos, dão-lhes colo e mimos e vêem neles uma força para mudar de vida. Nota-se que há uma certa vinculação, uma vez que esta é vista por Brazelton (2000) como contacto direto dos pais com o seu filho, quando lhe pegam ao colo, alimentam e acariciam, tocando-o com confiança, mas este contacto tem de ser contínuo. Apesar de alguns enfermeiros referirem-se a alguns pais presentes e interessados, outros reconhecem que são pais ausentes, impacientes e desligados dos cuidados que estão a fazer. Não podemos dizer que não há vinculação, ela existe, mas como se pode verificar pelo discurso do enfermeiro é uma vinculação diferente e menos luminosa:

*"Ela vem prestar os cuidados ao menino, beijinho, beijinho, está tudo bem, andou, mas não significa que não haja vínculo. Eu para imaginar o nascimento de um filho, numa maternidade concreta real de um bebé que acabou de nascer, estes pais não apresentam aquilo que eu imagino, ou que vejo que é bonito não é, mas não quer dizer que na cabeça daquela mãe não haja vinculação, há vinculação, mas menos luminosa, menos brilhante." E015*

### 3.4 – Tema D: Os Sentimentos e as Sensações no Cuidar

Cuidar da criança com SAN e sua família, que abrange o acolhimento, internamento e alta hospitalar, acarreta para o enfermeiro não só um desgaste físico como emocional (Fraser [et al.], 2007). O tema **Os Sentimentos e as sensações no Cuidar (D)**, referente ao que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família, é uma área relevante nesta pesquisa. Este tema agrupa as categorias que emergiram dos discursos dos enfermeiros: Frustração **(D1)**; Ansiedade **(D2)**; Cansaço **(D3)**; Revolta **(D4)**; Sofrimento **(D5)**; Aflição **(D6)**, Afeição **(D7)**; Satisfação **(D8)**; Desafio **(D9)** e Reconhecimento **(D10)** (Tabela 5).

**Tabela 5-** Categorias do Tema D: Os Sentimentos e as sensações no Cuidar

CATEGORIAS
Frustração <b>D1</b>
Ansiedade <b>D2</b>
Cansaço <b>D3</b>
Revolta <b>D4</b>
Sofrimento <b>D5</b>
Aflição <b>D6</b>
Afeição <b>D7</b>
Satisfação <b>D8</b>
Desafio <b>D9</b>
Reconhecimento <b>D10</b>

A categoria **Frustração (D1)** é referida pelos enfermeiros no sentido de não saberem mais o que fazer, ou melhor fazerem tudo por aquela criança, mas tudo não ser o suficiente, não conseguirem resultados visíveis de consolo, de conforto, de forma a minimizarem o seu sofrimento: *Às vezes, ficamos mesmo frustradas (...), queremos que elas fiquem bem (...)* E009; *(...) e não poder fazer nada, ou melhor fazer tudo e sem resultados ou poucos resultados (...)* E020; *(...) Às vezes tudo não é suficiente.”* E020. Estas situações muitas vezes traduzem-se num sentimento de impotência, *(...) e sentir-me impotente para ajudá-la (...)* E012; *(...) por vezes sinto-me impotente (...)* E019, e de ficar por incompetente sem o ser *(...) ficamos nós muitas vezes por incompetentes, por não conseguirmos acalmar os bebés.* E020.

Em consonância com os sentimentos de frustração transmitidos pelos participantes salientamos o estudo de Oikonen [et al.] (2010), em que um dos sentimentos mais evidenciados pelos enfermeiros que trabalhavam em UCIN com estas crianças e famílias foi a frustração.



Relativamente à categoria **Ansiedade (D2)**, na sua maioria, os enfermeiros referem um nervoso miudinho, stresse, irritabilidade e desespero permanente no cuidar destas crianças e suas famílias:

*“(...) tivemos 4 bebés com SAN ao mesmo tempo e quando eles, e falo por mim, quando estavam todos a gritar ao mesmo tempo, tinha de me controlar, pois causa-nos muita ansiedade (...)” E012; “(...) dá-me um nervoso miudinho, é muito difícil, para mim são das crianças mais difíceis de trabalhar (...)” E010; [enfermeiro] “(...) torna-se desesperante (...)” E020; [enfermeiros] “(...) ficamos stressados, irrequietos (...)” E015; “(...) e em mim provoca uma certa irritabilidade (...)” E012.*

No entanto um enfermeiro mais experiente refere que esta ansiedade é mais transmitida pelos enfermeiros recém-formados:

*[enfermeiros recém-formados] (...) o que acontece, às vezes, é que quando chega à atuação prática (...) às vezes a dificuldade de os acalmar provoca-lhes ansiedade, é mais fácil nós acalmá-los, que temos mais experiência, somos mais calmos, pois aquele choro já não tem grande influência sobre mim, moldei-me a ele, desligo aquele botãozinho do som e já não fico tão ansiosa a tomar conta deles (...) E021.*

Esta ideia “desligar o botãozinho” é apresentada por Fraser [et al.] (2007), no seu estudo referente ao trabalho emocional dos enfermeiros envolvido no cuidado ao RN com SAN e respetivas famílias, em que reconhecem e discutem várias estratégias para se distanciarem da situação. Não é de surpreender que, os enfermeiros que trabalhem com situações carregadas de potencial emocional, tenham necessidade de desenvolver mecanismos para enfrentar ou ultrapassar estas situações, como forma de controlo emocional ou de proteção. Neste sentido, é de salientar a estratégia tomada por este enfermeiro: *“(...) pois aquele choro já não tem grande influência sobre mim, moldei-me a ele, desligo aquele botãozinho do som (...)” E019.*

A maioria dos participantes refere sinais evidentes de **cansaço (D3)**, senão mesmo de exaustão pelos dias consecutivos que permanecem junto da criança com SAN: *“São crianças que, às vezes nos deixam muito cansadas, para além delas ficarem cansadas, nós também ficamos (...)” E009; (...) principalmente na fase aguda da doença, deixam-nos exaustas. E009; “Cuidar destas crianças é uma tarefa difícil e desgastante (...) E019; (...) e chegamos a casa e sonhamos com os bebés a chorar, acordo já cansada (...) E020.* No estudo de Oikonen [et al.] (2010), para além da frustração evidenciada pelos enfermeiros que trabalhavam com estas crianças e suas famílias, é referida a exaustão como um sentimento relevante, perante um papel muito exigente e cansativo.

Estes sentimentos são agravados pelos comportamentos de ausência dos pais, provocando **Revolta (D4)** aos enfermeiros do nosso estudo: *“(...)Depois uma mãe que aparece só na hora de manipulação, incomoda-me, incomoda-me (...)” E015; “(...) bem que por vezes, e falo por mim, é difícil de controlar certas reações, é uma certa revolta interior(...)” E019.*

Na categoria **Sofrimento (D5)**, os participantes referem que sofrem com estas crianças e que não conseguem abstrair-se da situação. No entanto é mais “difícil” estar perante uma situação de abstinência na fase aguda da doença:

*“(...) há um sofrimento da nossa parte, o que torna difícil de atuar, principalmente nas primeiras horas, para mim é das coisas mais difíceis de trabalhar aqui na unidade (...) E010; (...) por vezes é mais difícil, e os primeiros sintomas desde controlar e mesmo para nós digerir porque as crianças choram muito, têm tremores, não é um choro de um RN nascido normal, incomoda, que entra no ouvido e dói (...)” E021; Eles sofrem, mas nós sofremos com eles, não é fácil abstermo-nos daquilo que eles estão a passar e porque estão a passar.” E010*

Não se pode deixar de referir também o quanto parece ser doloroso para um enfermeiro ver retirar um filho a uma mãe, independentemente do que pode estar por detrás de toda a situação. Aspeto evidenciado por um participante: *“(...) mas não foi fácil ver retiraram um filho dos braços de uma mãe.” E010.*

Na categoria **Aflição (D5)** os participantes referem o quanto é aflitivo assistir de perto esta situação de SAN, desde o choro intenso do RN ao tentar dar um simples biberão. Os enfermeiros afirmam ser uma sensação dolorosa, assustadora, confusa e difícil de descrever:

*[o choro] (...) às vezes, até a nós faz confusão, mas estão doentes, é mesmo assim (...) o que custa mesmo muito é naquela fase inicial, aí deixam-nos mesmo aflitos, vê-los naquela situação (...) E009; (...) acho que é mesmo aquele choro aflitivo, como se estivessem a pedir ajuda, que nos marca mais, é uma sensação difícil de descrever.” (...) E020; (...) E ele é tão pequeno que assusta vê-lo passar por aquilo, pois a ressaca é igual a de um adulto (...) E020; (...) é aflitivo, também, para nós, mas é aflitivo porque eu quero controlá-lo, quero que ele aprenda a pegar no biberão (...) E015.*

Como defende Manzano e Palacio (1990) citados por Cotralha (2007) no seu estudo, cuidar destes RN’s constitui uma fonte permanente de angústia e tensão emocional. Benner (2005) chama a atenção para o facto de, os enfermeiros, ao desenvolverem a sua aprendizagem em contextos de grande especificidade e complexidade, em que encontrem sofrimento e vulnerabilidade precisam, também, de desenvolver um sentido de grande responsabilidade face às dimensões éticas e relacionais que devem estar inerentes às perícias clínicas.

A categoria **Afeição (D7)** mostra-nos os laços que se criam entre enfermeiros e crianças durante o período que se prolonga até ao regresso do RN à comunidade, pois implica para o enfermeiro sofrer com ele durante o seu processo de doença e reabilitação, bem como, cortar com o laço afetivo estabelecido, durante um internamento longo, e ainda com a angústia de não saber o que vai ser dele aquando alta hospitalar. Como se pode ver nos memorandos seguintes:

*(...) são bebés que estão cá durante muito tempo, com um internamento prolongado, são bebés que tornam-se um bocadinho nossos e isso influencia a sua saída, porque apegamo-nos a eles (...) E018; Quando eles têm alta custa-nos a vê-los ir embora sem saber o que vai ser*

*deles, parece que levam um bocadinho de nós. Temos muitas dúvidas e incertezas como vão ser cuidados estes bebés em casa. E018; (...) não somos as mães deles, mas prestamos os cuidados como se fossem os nossos filhos (...) E020.*

Dentro da categoria **Satisfação (D8)** emergem os sentimentos de prazer e orgulho por terem conseguido proporcionar momentos de conforto à criança em abstinência e uma sensação de compromisso cumprido para com esta. Além de proporcionarem uma oportunidade de mudança à sua família, como podemos verificar nos excertos:

*(...) eu sei que em algum momento eu consigo acalmá-los e a sensação, o prazer, o orgulho que nós sentimos, é que no meio daquele momento de crise ele tem um momento de paz, isto é uma coisa importantíssima para mim, consegui dar um momento de paz aquela criança. E015; Sinto-me satisfeita ao prestar cuidados a estas crianças, porque vemos a evolução do início até ao fim, a gente vê aquela fase desesperante inicial até ficarem mais calmos e isso dá-nos um alívio e um consolo, missão cumprida (...) E020; (...) mas vindo destes pais (...) é compensador ouvir um “obrigado S<sup>a</sup> enfermeira”, sinto como se fosse uma oportunidade que lhes demos, que é o que falta muitas vezes nestes casos de toxicod dependência (...) E019.*

A categoria, **Desafio (D9)**, evidencia a dificuldade que é cuidar a este nível, mas também a gratificação de vencer essa dificuldade. Nos excertos seguintes podemos ver que os enfermeiros referem o cuidar da criança com SAN como um desafio: *(...) dá-me um certo desafio prestar cuidados a estas crianças (...) E015; (...) acho que é um desafio para os enfermeiros cuidar destas crianças e é por aí que eu tento encarar (...) E010; É sempre um desafio se eu consigo acalmá-lo, e a maior parte das vezes a gente consegue (...) E015.*

Em consonância com as afirmações dos participantes, salientamos o estudo de Oikonen [et al.] (2010) que referem que estes RN's com necessidades especiais apresentam desafios para os prestadores de cuidados, em geral, e para os enfermeiros, em particular.

Na categoria **Reconhecimento (D10)** os enfermeiros expressam uma sensação de confiança no trabalho desempenhado pela equipa de Enfermagem da UCEPN do HSEAH a estas crianças e suas famílias definindo-a como sensível e carinhosa: *“(...) em geral a equipa é sensível, carinhosa, dão colinho (...)” E018.* Este resultado vai de encontro ao estudo de Ford e Turner (2001), que revela na equipa de enfermeiros pediátricos calor, força, humanidade e carinho pelas crianças e suas famílias.

Os enfermeiros do atual estudo sentem que prestam bons cuidados integrais à criança com SAN e sua família. Estão despertos para este problema, com experiência prática e conhecimentos atualizados, conciliando os recursos físicos, humanos e materiais existentes. Como se pode ver nos excertos seguintes:

*“(...) Em relação à prestação de cuidados, acho que fazemos os cuidados necessários e que toda a equipa está desperta para este problema.” E012; “(...) eu acho que nós prestamos excelentes cuidados, temos em atenção o cuidado integral do bebé, a sua saúde emocional e dos seus pais e não só o cuidado físico, e temos uma visão holística da família, pois não se pode ver a criança fora do contexto familiar.” E018; “(...) mesmo os que acabaram o curso há pouco tempo têm o cuidado de fazerem uma recolha bibliográfica, dos cuidados que têm de ter, os sintomas, o que podem fazer para aliviar os sintomas, procuram saber na teoria o*

*melhor que podem fazer para aquelas crianças (...)" E021; "De resto e para as condições que nós temos gere-se muito bem a situação destes casos, para os bebés que temos, os cuidados não são prestados com menor qualidade pelas condições físicas que nós temos, nós ajustamos os nossos recursos físicos, humanos e materiais a eles, de forma a gerir da melhor forma possível os cuidados." E015.*

Para além destes aspetos, os participantes reconhecem o facto de ser importante dar visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados: *"De nada, foi bom desabafar um bocadinho e mostrar o quanto fazemos e podemos fazer por estas crianças."*E019. Esta ideia é reforçada por Marcellus (2007), pois refere que a evidência da avaliação da eficácia de estratégias de gestão conservadora de cuidados diários a essas crianças (trabalho do enfermeiro) é escassa.

Analisando o tema **"Os sentimentos e sensações no Cuidar (D)"**, na sua globalidade, percebe-se que os sentimentos e sensações vivenciados pelos enfermeiros relacionam-se com todo o desafio que é cuidar da criança com SAN e suas famílias traduzindo-se em momentos de grande frustração, cansaço, ansiedade e revolta aquando as dificuldades no cuidar (que envolve criança e família); sofrimento e aflição perante a criança que sofre; afeição à criança pelo tempo dispendido com ela e permanência prolongada na unidade, mas também como satisfação, desafio e reconhecimento pelo trabalho desenvolvido. Nota-se que estes sentimentos e sensações parecem sofrer alterações, consoante o estado clínico da criança e atenuação dos sintomas, bem como o "quebrar do gelo" com a família, ou seja, quando as crianças ficam mais calmas e quando há uma relação de maior confiança com a família os enfermeiros ficam mais relaxados psicologicamente e fisicamente.

Os resultados obtidos vão de encontro ao estudo de Fraser [et al.] (2007) que considera que os sentimentos dos enfermeiros, perante crianças expostas a drogas *in útero* e suas mães, está relacionado com o processo difícil que é cuidar destas crianças vivenciando o seu quadro de sofrimento.

### 3.5 – Tema E: As Dificuldades no Cuidar

Este tema é referente às dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando cuida da criança e família. Emergiram seis categorias e respetivas subcategorias: **Falta de recursos (E1)** (Humanos e Físicos); **Família (E2)** (Relação difícil e Comunicação difícil); **Trabalho da equipa (E3)** (Descoordenação e deficit de comunicação); **Falta de formação específica (E4)**;

**Desatualização do instrumento de avaliação (E5) e Falta de uniformização dos cuidados (E6)** (Tabela 6).

**Tabela 6-** Categorias e subcategorias do tema E: As Dificuldades no cuidar

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Falta de recursos <b>E1</b>	Humanos <b>E1.1</b>
	Físicos <b>E1.2</b>
Família <b>E2</b>	Relação difícil <b>E2.1</b>
	Comunicação difícil <b>E2.2</b>
Trabalho da equipa <b>E3</b>	Descoordenação <b>E3.1</b>
	Deficit de comunicação <b>E3.2</b>
Falta de formação específica <b>E4</b>	
Desatualização do Instrumento de Avaliação <b>E5</b>	
Falta de uniformização dos cuidados <b>E6</b>	

A categoria **Falta de recursos (E1)** congrega duas subcategorias: **Falta de Recursos Humanos (E1.1)** e **Falta de Recursos Físicos (E1.2)**.

A subcategoria **Falta de recursos humanos (E1.1)**, representa um aspeto a considerar, uma vez que alguns participantes referem que estes RN's dependem muito do seu tempo, o que torna difícil chegar a "tudo e a todos" com qualidade:

*A nossa equipa é muito pequena, era necessária a presença mais de perto de um enfermeiro (...) E010; (...) na equipa o nosso rácio são de 2 elementos, o que não é suficiente para conseguirmos chegar a tudo, acho que deveria haver um enfermeiro mais disponível para estes bebés (...) E009; "(...) porque muitas vezes é difícil de dar conta do recado e acabamos por não prestar os cuidados com a qualidade que deveríamos, é uma equipa pequena e estamos a trabalhar com os mínimos, neste momento." E019.*

Como refere Montanholi (2008) as unidades neonatais são locais de muito trabalho, onde os profissionais devem atender às necessidades individuais de cada RN e de sua família. Segundo a mesma autora, os profissionais numa UCIN precisam prestar cuidados que requerem para além de um conhecimento avançado e procedimentos especializados, "atenção, habilidade técnica, constante interação com a equipa de trabalho, pais e familiares dos RN's e mais ainda cuidar com delicadeza, sensibilidade e amor" (p.17).

A subcategoria **Falta de recursos físicos (E1.2)**, também foi evidenciada pelos participantes sobretudo pelo facto de ser uma unidade pequena, dividida com vidros, sem privacidade, referenciando que a criança fica muito exposta, bem como a sua família:

*"Somos uma unidade pequena, temos poucas salas (...)" E009; "(...) Mais propriamente na unidade, neste momento a nível de espaço físico, não tem as condições de isolamento que ele precisa, isolamento entre aspas, maior privacidade tanto para o bebé como para os pais, criar neste momento é difícil (...)" E010; [Unidade] "(...) pois é praticamente tudo aberto, ou dividido por vidros e sem isolamento de som (...)" E019.*

A categoria **Família (E2)** engloba duas subcategorias: **Relação difícil (E2.1)** e **Comunicação difícil (E2.2)**.

A subcategoria **Relação difícil (E2.1)** foi evidenciada pelos participantes como dificuldade, o que influencia de forma negativa o processo de cuidar. Estes referem que não é fácil trabalhar e lidar com estes pais e estabelecer uma relação com eles: (...) *difícil para mim lidar com eles (...)* E015; (...) *normalmente a relação com a família não é fácil (...)* E020; (...) *é difícil criar um tipo de relação com estes pais, e passar alguma mensagem a eles (...)* E020; (...) *e é muito difícil trabalhar com estes pais.* E023. Esta dificuldade prende-se com a forma de ser e de estar destes pais. Alguns enfermeiros referem que os pais não os respeitam e que evitam o contacto com eles: (...) *Inicialmente eles nem nos respeitam (...)* E009; (...) *dá a entender que tentam evitar o contacto connosco, talvez por algum receio de os acusarmos de alguma coisa (...)* E009. No entanto com o passar do tempo é possível estabelecer uma relação de confiança: (...) *mas com o tempo estabelece-se uma relação de confiança, eles vêem que não há outra hipótese porque somos nós que estamos a cuidar do seu filho (...)* E018.

Na subcategoria **Comunicação difícil (E2.2)** podemos perceber que os enfermeiros fazem referência à dificuldade em comunicar com estes pais. Por um lado porque alguns pais são pouco comunicativos, “entram mudos e saem calados” e tentam passar despercebidos: (...) *é difícil comunicar com eles (...)* E023; (...) *São pais que não nos dão muita confiança, entram mudos saem calados e vem tão pouco (...)* E020; (...) *tem pais de fácil trato, tem outros que são mais fechados mais metidos consigo, que não dão abertura à comunicação.* E021. Por outro lado pela falta de tempo do enfermeiro; pela falta de oportunidades de diálogo com os pais, uma vez que estes são muito ausentes; pela falta de privacidade para conversar com estes, devido à presença de pais de outras crianças na mesma sala, bem como por vezes pela postura e predisposição do enfermeiro:

*“(...) muitas vezes nós não temos oportunidades para conversar com estes pais e não é fácil criar essas oportunidades, por falta de tempo, disponibilidade ou por falta de privacidade, ou também pelo facto de eles passarem tão pouco tempo na unidade que às vezes não é fácil apanhá-los para podermos falar com eles.”*E009; (...) *algumas respostas que noutras situações talvez não diríamos, ou num tom mais seco, mas acho que também depende do nosso estado de espírito naquela altura, do cansaço, como está o serviço, não é fácil.”* E020.

Analisando esta categoria percebemos que há várias vertentes na dificuldade de relação e comunicação entre enfermeiro-família, que se relacionam não só com as características peculiares da família, - que Oikonen [et al.] (2010) referem representar um grande desafio para os enfermeiros -, relacionado com a sua própria história de consumo de drogas, como também a falta de disponibilidade (de tempo e de vontade) e de privacidade do enfermeiro. Isto tudo junto parece constituir um obstáculo à relação e à comunicação.

Esta condição de relação e comunicação difíceis com os pais, referida pelos enfermeiros, emerge também na pesquisa de Cox (2002), que indica que os problemas na comunicação entre família e equipa de saúde podem dificultar a relação afetiva do RN e família. Também Lucas e Palminha (2003) referem que, de uma forma generalizada, as famílias de crianças com SAN com dificuldades, em vários aspetos, revelam perturbações na comunicação e uma grande fragilidade na relação com os profissionais de saúde.

Da categoria **Trabalho da Equipa (E3)** emergiram duas subcategorias: **Descoordenação (E3.1)** e **Deficit de comunicação (E3.2)**.

A subcategoria **Descoordenação (E3.1)** faz referência ao trabalho do enfermeiro com a equipa multidisciplinar, muitas vezes desajustado. Os enfermeiros referem que trabalham com uma vasta equipa de técnicos e serviços de saúde (Assistente social; Médicos; serviço de Adictologia, serviço de Obstetrícia; secretária da Unidade e C.S) mas, de uma forma singular, não há um trabalho em conjunto em que todos sigam os mesmos padrões e princípios. Sentem que cada um faz o seu papel, mas depois falta a articulação, a interação e a humanização entre a equipa para a continuidade dos cuidados. O que é mostrado nos depoimentos que se seguem:

*(...) há algumas falhas na articulação com a restante equipa (...) E020; (...) há todo um envolvimento de técnicos e pouca inter-relação entre ambos (...) E010; "(...) tem de haver uma participação entre todos os membros da equipa de saúde, participantes do nosso sistema, mas não há, cada um faz o seu papel (...) neste momento é para mim, a grande falha neste sistema (...) E010; (...) não há humanização entre esta equipa multidisciplinar." E012; (...) não há o tal trabalhar em conjunto das várias unidades de prestação saúde (...) E010; (...) todas as semanas temos um médico diferente, um acha que está na altura de aumentar até determinada dose, outro em reduzir, não há uma concordância, e isso também não é bom para estes bebés (...) E009; (...) era fim-de-semana, o bebé tinha indicação de alta, não havia documento nenhum escrito pela proteção de menores que o bebé não pudesse sair e assim gera-se as situações." E010; (...) nunca sabemos informar aos pais quando é a data da consulta (...) E010.*

**Deficit de comunicação (E3.2)** entre o enfermeiro e a equipa multidisciplinar é um aspeto vivenciado com alguma intensidade pelos participantes. Estes referem que há falta de comunicação e partilha de informação entre os diferentes técnicos e serviços de saúde, de forma a encaminhar, personalizar e direcionar melhor os cuidados à criança e família:

*(...) acho que é outro ponto em falta, a comunicação entre serviços. E010; [profissional de saúde] (...) há informação que elas têm sobre os pais nas suas conversas, que temos pena que não nos transmitem, porque podíamos ajudar mais em algum sentido (...) E009; [profissional de saúde] "(...) comunica só com os pais e não sabemos o que foi dito, muitas vezes são os próprios pais que nos dizem que tal dia tem consulta e nós não sabemos (...) E019; [profissional de saúde] (...) mas depois não nos comunica informações que são importantes, temos de ser nós a andar atrás dela a perguntar, quais as condições habitacionais destes pais ou se eles têm condições económicas para cuidar dos filhos, são informações que influenciam os nossos cuidados ou na definição de prioridades, para perceber melhor as necessidades deles (...) E009.*

De uma forma geral, ao analisar a categoria **Trabalho da equipa (E3)**, podemos perceber que a descoordenação entre esta e a falta de comunicação são dificuldades evidenciadas pelos enfermeiros do estudo, uma vez que a articulação, a comunicação, a partilha e discussão de ideias entre enfermeiro-equipa é que vai proporcionar uma maior interação entre ambos. Esta interação é de grande importância não só para os cuidados intra-hospitalares mas, também, como refere Mellado [et al.] (2008), para evitar reinternamentos e obter alguma qualidade dos cuidados após a alta. Benner (2005) reflete também que é no contexto das interações que o enfermeiro vai partilhar práticas, desenvolver perícia, vai modelar competências e criar um clima de confiança.

A categoria **Falta de formação específica (E4)** é referente a uma dificuldade sentida em saber prático e teórico que precisa ser renovado. A falta de formação surge em torno do quadro de pessoal de enfermagem recém-formado, em que a falta de experiência prática e teórica sobre a criança com SAN e o envolvimento com a família são uma constante, como explicitam os relatos seguintes: *“(...) principalmente aqui na unidade, ou mais neste momento por termos alguns colegas recém-chegados, acho que temos alguma falta de formação nesta área, e a atuação que é feita é muito amadora.” E010; “(...) mas acho que há falta de formação nesta área do envolvimento com a família e alguém que nos indique algumas estratégias a tomar.” E012.*

Interessa refletir sobre a importância da formação e estar à altura dos conhecimentos clínicos avançados, uma vez que Montanholi (2008) refere que são os enfermeiros das UCIN's que têm formação e competências adequadas para prestar cuidados a estes RN's.

A categoria **Desatualização do Instrumento de Avaliação (E5)** emerge pelas referências no discurso de todos os participantes ao considerarem que o instrumento (IF) utilizado por estes no seu local de trabalho se encontra desatualizado, o que traz algumas alterações a nível da avaliação do RN e respetivo tratamento. As afirmações reforçam a dificuldade apresentada: *“(...) no nosso serviço ainda usamos uma escala de avaliação antiga (...)” E009; “(...) essa escala já não é adaptada à nova realidade medicamentosa, pronto isto também é uma coisa em que a parte de enfermagem já alertou várias vezes para isto, mas depende mais da parte médica (...)” E010.*

Pelo discurso apresentado, nota-se que, já existindo um IF Modificado, foram feitas tentativas para a sua atualização, mas sem sucesso, uma vez que não depende só dos enfermeiros. Existem estudos que comprovam que o IF é útil no controlo da evolução da criança com SAN e independentemente do instrumento de avaliação utilizado, a sua



utilização é parte integrante do protocolo ou *guidelines* da SAN. É de salientar que o IF é o instrumento mais utilizado nas unidades neonatais de Portugal (Lemos [et al.]<sup>b</sup>, 2004).

A **Falta de uniformização dos cuidados (E6)** de enfermagem foi referenciada por dois participantes, no que diz respeito especificamente ao cuidado da alimentação e da avaliação do RN:

*[enfermeiro] (...) vem um e dá 120ml, depois dorme mais 4h e depois dão mais 100ml, quando ele acorda está cheio de fome mais 120ml para dentro, ninguém segue o mesmo padrão de condutas, o que não é vantajoso para o bebé, eu entendo que não querem acordá-lo para não o ouvir chorar, mas toda a gente sabe que na prática não devemos dar leite até ele parar de chorar. Isto é errado (...) E015; [IF] (...) cada pessoa quando avalia o faz à sua maneira (...) E023.*

Analisando as dificuldades sentidas pelo enfermeiro no cuidar da criança e família, podemos inferir que estas prendem-se: com a falta de pessoal especializado (com formação e conhecimentos atualizados em SAN); com a complexidade que é cuidar da criança com SAN e sua família; pela falta de condições físicas adequadas às exigências provocadas pela síndrome; pela dificuldade na relação e comunicação entre enfermeiro/pais, quer seja pelas características dos pais, pela estrutura física do serviço que implica falta de privacidade ou pelos “preconceitos” do enfermeiro; pela falha na articulação e comunicação entre enfermeiro/equipa de saúde, devido à falta de partilha de informação e trabalho em conjunto; pela utilização de um instrumento de avaliação do RN com SAN que já se encontra desatualizado, o que acarreta alterações não só a nível da avaliação bem como no seu tratamento; e por último pela falta de uniformização dos cuidados de enfermagem, pois os enfermeiros não usam todos o mesmo padrão de conduta no cuidado à criança com SAN.

### 3.6 – Tema F: Para Cuidar Bem

Este tema é dedicado aos focos de atenção do enfermeiro no cuidado à criança e família e contempla as intervenções do enfermeiro direcionadas aos diagnósticos identificados (Gerir o ambiente; Gerir o padrão Alimentar, Tocar; Controlar a dor e Gerir regime Terapêutico), que corresponde à categoria “**proporcionar o Bem-Estar da criança (F1)**”, e como o enfermeiro promove cuidados parentais e o laço afetivo criança/pais (Conversar com os pais e Parceria de cuidados), correspondente à categoria “**Promover a parentalidade e vinculação (F2)**” (Tabela 7).

**Tabela 7-** Categorias, subcategorias e sub-subcategorias do tema F: Para Cuidar bem

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SUB-SUBCATEGORIAS
Proporcionar o Bem-Estar da criança <b>F1</b>	Gerir o ambiente <b>F1.1</b>	
	Gerir padrão alimentar <b>F1.2</b>	
	Tocar <b>F1.3</b>	
	Controlar a dor <b>F1.4</b>	
	Gerir regime terapêutico <b>F1.5</b>	Preparação/Administração e resposta terapêutica <b>F1.5.1</b> Avaliação <b>F1.5.2</b>
Promover a parentalidade e a vinculação <b>F2</b>	Conversar com os pais <b>F2.1</b>	
	Parceria de cuidados <b>F2.2</b>	Ensinar <b>F2.2.1</b>
		Apoiar/Supervisionar <b>F2.2.2</b>
		Encaminhar <b>F2.2.3</b>

Na categoria **Proporcionar o Bem-Estar da criança (F1)** emergiram seis subcategorias:

- Subcategoria **Gerir o Ambiente (F1.1)** - Nesta subcategoria os enfermeiros apresentam as ações de enfermagem dirigidas à criança com SAN a fim de manter um ambiente adequado ao seu estado clínico (luz mínima; ruído mínimo), embora estes profissionais refiram que nem sempre é fácil manter esse ambiente perante a presença de equipamentos diversificados e a grande atividade de pessoal:

*(...) a nível de cuidados específicos para os acalmar é mesmo isto, a luz mínima, o ruído mínimo (...) E015; (...) manter um ambiente terapêutico, frente ao ruído e à luminosidade, para nós é difícil manter o serviço no silêncio que estas crianças precisam por causa dos estímulos externos que elas são sujeitas (...) E021 (...) por mais que se tente não é fácil evitar o barulho dos equipamentos e do pessoal (...) E009.*

Ideia esta também apresentada por Ramos (2004) quando refere que, muitos são os “inimigos” do RN numa unidade, desde a luz branca, intensa e muitas vezes constante, ao ruído provocado pelos equipamentos, à atividade dos profissionais e à excessiva manipulação do RN.

O impacto macro ambiental da unidade (luz, ruído) interfere gravemente nas capacidades sensoriais e cognitivas de qualquer RN, quanto mais no RN com SAN que, devido às suas características de irritabilidade, agitação, alterações de sono e repouso, necessita de um ambiente mais calmo e com o mínimo de estímulos exógenos possíveis. Perante tal facto, o enfermeiro deve gerir o ambiente de forma a eliminar a estimulação sensorial excessiva, que Serrano [et al.] (2004) definem como locais calmos, baixa luminosidade e ruído, e causadora de stresse para o RN com SAN. As intervenções de enfermagem referidas pelos enfermeiros do estudo vão desde fechar as persianas; colocar envolvedores por cima da incubadora ou berço; baixar as luzes ou utilizar candeeiro

regulável e não direcionar a luz para as crianças; entrar na sala em silêncio, falar mais baixo; reduzir o volume do rádio e controlar as visitas, como podemos assistir nos excertos:

*(...) mas nestes bebés, eu noto que há uma atenção mais redobrada nestes aspetos, fecha-se as persianas, colocamos um envolvente para o ambiente ficar mais escurecido (...) E015; (...) quando temos as luzes ligadas costumamos a pôr cobertas sobre o berço, tapar a luz de qualquer maneira para evitar que seja um foque de despertar ou de irritabilidade (...) E018; (...) costumamos a ter o rádio do serviço sempre ligado e quando temos estes bebés reduzimos o volume ou até mesmo desligamos para não incomodar (...) E020; (...) quando ele acalma entra tudo na sala com silêncio, falam todos baixinhos para não os acordar. E015; (...) se tem muitos familiares na sala pede-se que alternem as visitas entre si e falem mais baixo, para não estimular o bebé (...) E020; Também a luz, tentamos não direcionar as luzes para eles, temos sempre um candeeiro que vai regulando a luz (...) E020.*

Ao encontro das ideias expostas, Zamberlan (2006) recomenda que os profissionais devem adotar estratégias, de ordem geral, para diminuir o ruído, nomeadamente manter uma conversação normal, usar calçado adequado, não tocar nem escrever no topo das incubadoras etc., e para diminuir a luminosidade, com o uso de iluminação individualizada com reguladores de intensidade, não direcionar a luz para os olhos do RN e utilizar cobertas nas incubadoras.

Todas as afirmações dos participantes reforçam a importância da criação de um ambiente envolvente mais apropriado para a promoção do desenvolvimento do RN com SAN, reduzindo os estímulos nocivos e minimizando os efeitos negativos da doença. De acordo com o estudo de Marcellus (2007) para muitas crianças com sintomas leves ou sem sintomas, uma gestão conservadora, com estratégias como a exploração de um ambiente escurecido, e o mínimo de estimulação é geralmente o tratamento suficiente.

- Subcategoria **Gerir o padrão alimentar (F1.2)** - Favorecer a nutrição e hidratação adequadas a estas crianças é sentida pelos participantes como uma intervenção difícil, “(...) a alimentação é difícil (...)” E023, no sentido de serem difíceis de saciar, pois nunca estão satisfeitas e apresentam uma sucção excessiva. Perante este quadro, os participantes referem que é preparado leite artificial (não fazem aleitamento materno) e fornecido por biberão, por vezes em quantidades que não são as recomendadas, provocando, às vezes, o vômito e não cumprindo os horários estabelecidos, como podemos ver nos excertos seguintes:

*(...) damos leite por biberão, mas com uma sucção excessiva, por vezes preparamos mais um pouco de leite, mas temos de ter cuidado (...) E019; [alimentação] (...) a nossa tendência é de 3 em 3h, quando não é mais, porque não queremos que elas acordem, e depois querem comer, comer, só que como não ficam saciadas, damos mais uma coisinha e depois vomitam, sujam-se (...) E009; (...) os nossos pediatras dão logo indicação para não amamentar e nós cumprimos sem questionar (...) E015; (...) e o que nós fazemos alimentamos com leite artificial em espaços maiores e talvez o dobro do que deviam comer (...) E021.*

Serrano [et al.] (2004) e Silva (2005) recomendam refeições pequenas e frequentes (se possível respeitar o apetite do RN) e refeições hipercalóricas se o aumento ponderal for inadequado. O suporte calórico deve ser entre 150 a 250 cal/Kg/dia de modo a compensar o gasto calórico causado pela agitação e choro.

Nota-se atenção e delicadeza no cuidado prestado “*Costumamos ter cuidado com a sua alimentação (...) E019; (...) Muitas vezes, estou a dar o biberão e digo “tem calma, para quê esta pressa toda” e noto que há uma evolução com ele, ele acaba por evoluir e acalmar.*”E015. Este cuidar com atenção e delicadeza é considerado por Montanholi (2008) um cuidar especializado.

- Subcategoria **Tocar (F1.3)** - É evidente nos depoimentos dos participantes, que a criança com SAN requer poucos estímulos tácteis, “*São crianças que devem ser o mínimo estimuladas possível, começando por aí, temos o protocolo de intervenção mínima, que acho que tem sido utilizado por todos os membros da equipa, da melhor forma (...) tocar o menos possível.*” E023, sendo preocupação destes evitar a sua manipulação excessiva, estabelecendo um plano de cuidados de manipulação mínima, (agrupamento de cuidados com o mínimo de estímulo possível), tendo em conta o protocolo existente no serviço, de forma a, e como refere Silva (2005), evitar o toque excessivo e uma superestimulação.

Nesta linha de pensamento, Perapoch López [et al.] (2006) referem que a redução do número e duração de cada manipulação, bem como a suavidade e sensibilidade com que esta é realizada, são aspetos a ter em conta na prática diária dos enfermeiros que trabalham em UCIN, opinião partilhada pelos participantes do estudo. Estes referem que a resposta do RN com SAN tem a ver com a forma como o tocam e o aconchegam. Utilizam uma contenção facilitada; uma contenção firme, segura e não vigorosa; um toque positivo e proporcionam estratégias de conforto e relaxamento como o colocar as mãos junto da boca e o posicionar em flexão:

*(...) um toque positivo, o nosso aconchego, e ao fim ao cabo, também, a nossa dedicação para com ele, nestas situações. E015; Em relação ao aconchego há estratégias que podemos tomar, por exemplo agarrar na mão, para ele sentir a nossa mão, apertá-la.” E015; Quando vai para o berço e desperta logo, podemos optar por outras estratégias, fazer com a nossa mão maior pressão nas costas, uma contenção facilitada, o toque (...) E015; (...) colocar as suas mãos junto da boca, flexão das pernas, segurar fixamente (...) E015; (...) uma contenção firme e não vigorosa, não é mexer nas pernas ou braços, eles não querem isto (...) E015; (...) aconchegá-los, envolve-los, dar-lhes o máximo de carinho possível para ficarem mais confortáveis (...) E019.*

Estas intervenções são definidas por Perapoch López [et al.] (2006) como intervenções dirigidas à otimização micro ambiental em que a criança se desenvolve (postura, manipulações, dor). Também neste sentido o Women and Newborn Drug and Alcohol Service (2008) refere que a sucção, o aconchego e a contenção são estratégias

essenciais para garantir os processos de autorregulação. O posicionamento em flexão promove a estabilização motora. No entanto, o estudo desenvolvido por Maichuk; Zahorodny e Marshall (1999) concluiu que a posição ventral revela-se mais eficaz no controlo dos sintomas que a posição dorsal em RN's com SAN.

O toque positivo também é referenciado na literatura especializada, e de extrema importância para o RN, pois estimula o desenvolvimento do sistema nervoso, digestivo, imunitário, músculo-esquelético e circulatório; promove o relaxamento, regula o sono, o choro, reduz o stress etc. Podem ser promovidas diversas formas de toque, como por exemplo, o toque de relaxamento (com transmissão de movimentos apenas de afeto/carinho), o banho, a amamentação, entre outros (Barradas, 2008).

É interessante referir a forma como um dos participantes faz referência ao banho do RN com SAN, “com calma, água bem quentinha e um bom toque”. Embora considerado um cuidado altamente manipulador (Barradas, 2008), o participante refere que proporciona conforto e relaxamento ao RN com SAN, ao contrário de uma massagem:

*Outra coisa engraçada é quando damos o banho, quando a criança está numa banheira, ela grita, grita, esperneia, mas com calma, com água bem quentinha, cheia até ao pescoço, com ambiente agradável, uma voz calma, um bom toque, ela acaba por relaxar imersa em água, isto acaba como sendo uma estratégia que podemos utilizar no dia-a-dia destas crianças, causar o relaxamento na criança. E015; (...) o que acho insuportável é alguém fazer uma massagem quando o bebé está em crise (...) E015.*

- Subcategoria **Controlar a Dor (F1.4)** - Perante os sinais de sofrimento, dor e desconforto destas crianças os participantes referem que dão colinho e embalam na cadeira baloiço “(...) naqueles episódios de gritaria que parecem que têm dor ou que estão desconfortáveis damos colinho ou colocamos na cadeirinha baloiço (...)” E018. Evidenciam que o alívio deste quadro de “dor” não se deve só à analgesia, mas sobretudo ao aconchego e atenção disponibilizada entre outras medidas não farmacológicas: *[dor] (...) não é só com a morfina, mas com o nosso aconchego e atenção, e outras atitudes não farmacológicas.” E015.* Em consonância com esta ideia temos Women and Newborn Drug and Alcohol Service (2008) que apresenta algumas medidas não farmacológicas para o alívio dos sintomas e do desconforto, utilizadas pelos enfermeiros, que implicam todo o ambiente envolvente à criança (calmo, aquecido e escurecido) e o aconchego (posicionamento em flexão, técnica de contenção e embalar suavemente).

Frente a um quadro de maior severidade dos sintomas, os participantes recorrem ao protocolo de alívio da dor do serviço e a utilização de administração de glicose oral pelo seu efeito calmante:

*“(...) utilizamos o protocolo da dor e administramos sacarose a 30%, que também nem sempre é eficaz (...)” E020; “Em termos de protocolos habitualmente nós não fazemos distinção entre*

*estes e outros bebês com outra patologia ou outro motivo de internamento, seguimos os protocolos do serviço, a nível de rastreio auditivo neonatal, metabólico, dor, plano nacional de vacinação (...)" E018.*

Ao encontro das afirmações dos nossos enfermeiros, Gasparly e Rocha (2004) citados por Eler e Jaques (2006) referem que para os RN's há alguns métodos que auxiliam no alívio da dor, atuando como tranquilizadores, como a sucção não-nutritiva, uso de glicose oral, posição canguru, intervenções no meio ambiente, reduzindo os ruídos e mudanças de condutas e rotinas, reduzindo a manipulação do RN.

- Subcategoria **Gerir regime terapêutico (F1.5)** – esta categoria refere-se à experiência dos enfermeiros relativa à terapêutica administrada nesta UCIN ao RN com SAN e aos seus efeitos no recém-nascido, bem como à avaliação do RN através de uma escala que permite adequar o tratamento terapêutico, emergindo duas sub-subcategorias: Preparação/Administração e Resposta terapêutica (**F1.5.1**) e Avaliação (**F1.5.2**).

A sub-subcategoria **Preparação/Administração e Resposta terapêutica (F1.5.1)** é relativa, como o próprio nome indica, à forma como os enfermeiros preparam a medicação utilizada no serviço para a SAN, quando e como a administram e a sua eficácia no RN.

Os enfermeiros reconhecem que as medidas farmacológicas são uma mais-valia para o RN com SAN de forma a atenuar os sintomas mais severos, como podemos ver nas afirmações seguintes:

*(...) depois começam a medicação, às vezes não é eficaz logo (...) E009; [medicação] (...) mas sim, depois quando começa a fazer efeito começam naquela período de sonolência, começa a atenuar mais os sintomas, mas de uma forma muito lenta (...) E009; (...) entretanto vão adaptando-se aquela medicação e depois à medida que vão reduzindo já vão ficando mais calmos e já começam a interagir mais connosco (...) E009.*

Porém, Sakar e Donn (2006) referem que a terapia farmacológica pode contribuir para o prolongamento da hospitalização do RN, além de o submeter a drogas que podem não ser as indicadas. Neste sentido também os nossos participantes fazem referência ao facto de muitas vezes a terapêutica não ter a resposta pretendida. Um dos fatores que predispõe a isso é não conhecerem a história clínica da mãe. Este historial é fundamental para haver uma boa adaptação do RN aos fármacos prescritos: *(...) às vezes estão a fazer uma dose muito elevada de morfina e não está a ter resposta (...) E018; A nível de cuidados é basicamente gerir (...) a medicação. (...) acho que é fundamental e defendo que é importante sabermos a droga que a mãe faz no início do tratamento do bebé, para uma boa prestação dos cuidados e uma atuação mais rápida da medicação. " E010.*

No entanto, os enfermeiros referem uma evolução favorável no sentido de uma resposta terapêutica eficaz e controlada, como podemos ver no excerto seguinte: *"Atualmente já está muito melhor, independentemente do grau de abstinência faziam todos a*

mesma droga e sem um controle rigoroso, agora os miúdos ficam mais calmos, apesar de o internamento ser mais longo, os bebés reagem melhor à medicação e não têm tantos sintomas (...) E023". A terapêutica utilizada no serviço para a SAN é o Sulfato de Morfina, embora também os enfermeiros façam referência à administração de Fenobarbital:

*(...) ultimamente é usada a morfina, os colegas também falam no fenobarbital, mas eu nunca administrei (...) E019; (...) só em casos extremos de haver consumo de outras drogas, cocaína, heroína associado à metadona, é que é introduzido o fenobarbital, não somos nós que introduzimos claro, isso é função da equipa médica, diluímos e administramos. E018; Temos administrado só morfina, pois o fenobarbital, a longo prazo, pode dar doenças a nível psiquiátrico. De resto a maior parte dos casos têm tido solução com a morfina, poucos são os casos que se tem de associar o fenobarbital. E018.*

Ferreira e Fernandes (2008) referem que a escolha do fármaco para o tratamento da SAN revela-se difícil pela controversa informação da eficácia e segurança dos vários agentes farmacológicos, embora pareça existir consenso que os opioides são ainda os fármacos mais efetivos no tratamento deste quadro clínico. Atualmente, e de acordo com o estudo de Sarkar e Donn (2006), quase todos os protocolos de neonatologia colocam como primeira escolha a solução de morfina, tendo como armas secundárias o fenobarbital, a clorpromazina, o diazepam e a metadona.

A sua preparação é feita de acordo com o protocolo do serviço, aspeto este reforçado pelos participantes do estudo como promotor da uniformidade dos cuidados, uma vez que cada enfermeiro fazia a diluição de forma diferente o que provocava efeitos diferentes ao RN, com uma evolução não favorável ao seu estado clínico. A sua administração é por via oral, tendo isso em conta, a diluição é feita com glicose para ficar com um paladar mais doce e agradável para o RN e coincide, praticamente, com as horas de manipulação. Estes aspetos são referenciados pelos participantes nos excertos:

*"(...) a morfina é prescrita pelo médico e nós administramos, mais precisamente nas horas das manipulações." E019; [morfina] "(...) pode ser preparado em soro fisiológico, mas optámos por diluir em Dw5%, para ser mais docinho para o bebé." E019; "Mas há uma coisa que acho importantíssima e que já foi uma grande mudança em relação à terapêutica, porque antes se diluía a morfina de diferentes maneiras de turno para turno, a dose é a mesma mas as concentrações são diferentes e claro que a evolução do bebé era muito mais lenta (...) E015; (...) a diluição da morfina tem de ser feita toda da mesma forma, na mesma concentração, que é o que está recomendado no neofax, e a partir daqui em que todos começaram a usar o mesmo protocolo de morfina, os resultados foram outros (...) E015.*

As unidades neonatais contam com protocolos específicos para a assistência ao RN, mas é de referir que, no estudo de Sarkar e Donn (2006), cerca de metade das unidades de neonatologia nos EUA, não possuíam *guidelines* para o tratamento da SAN, tendo políticas inconsistentes para o diagnóstico e tratamento destes quadros.

No que respeita à sub-subcategoria **Avaliação (F1.5.2)** é de referir que o diagnóstico e a avaliação da SAN podem ser difíceis, necessitando de uma padronização de

avaliação através de uma pontuação, registada por uma escala de avaliação própria (Mellado [et al.], 2008). A escala de avaliação utilizada pelos participantes do estudo é o IF, que consiste na avaliação dos sinais e sintomas do RN exposto a drogas, de forma a adotar ou não atitudes terapêuticas. É considerado ainda pelos participantes como sendo uma escala subjetiva e que não é fácil de aplicar, como podemos assistir nos excertos seguintes:

*A avaliação dos sinais e sintomas destes bebês, apesar de serem monitorizados com pulso oxímetro, faz-se através de uma escala de avaliação (...) E010; (...) o que nós fazemos tem a ver com o ajuste de terapêutica relacionado com o IF (...) E018; [IF] (...) de acordo com aqueles itens todos, que é que vai definir se é preciso ou não fazer medicação, quando inicia e quando começa a fazer o desmame (...) E019; [IF] (...) o pegar na escala e ir por aqueles itens todos por ali abaixo é um bocado subjetivo, não é uma escala fácil de avaliar (...) E010.*

Ao encontro desta ideia temos os estudos de Lemos [et al.]<sup>b</sup> (2004) e Sarkar e Donn (2006) que referem que, embora seja um sistema muito utilizado, é complexo e difícil de aplicar em unidades com poucos recursos humanos e com muita atividade. O IF é composto por 31 itens, faz uma avaliação semi-objetiva do estado do RN, permite monitorizar o início e a evolução da sintomatologia, bem como a resposta ao tratamento.

Os enfermeiros referem que esta escala é aplicada na prática de três em três horas e é dada uma pontuação (*score*) a cada sinal ou sintoma apresentado, a soma desses *scores* definem a evolução do tratamento, como vemos nos memorandos seguintes:

*Há uma coisa que ainda não referi que costumamos fazer que é a avaliação da escala de Finnegan, que avaliamos de 3 em 3 horas e registamos o *score* que o menino apresenta (...) E019; (...) na própria escala tem os respetivos valores, se tiver 3 avaliações de 8 ou 2 de 12, ou convulsões, inicia terapêutica (...) E019.*

Em consonância com esta ideia temos Mellado [et al.] (2008) que reforça que se deve fazer a avaliação do RN de alto risco cerca de duas horas após o nascimento e, daí em diante, a cada quatro horas; se a pontuação é de 8 ou mais em três sessões consecutivas de quantificação, há que avaliar o RN para iniciar tratamento farmacológico.

Analisando a categoria **Proporcionar o Bem-Estar da criança F1**, os enfermeiros que cuidam de RN's com SAN mostram competências em avaliar o ambiente, a alimentação, a manipulação mínima e, principalmente, a capacidade de consolo de estes RN's. O enfermeiro promove, assim, à criança um ambiente com níveis mínimos de luz e ruído. A utilização de cobertas para incubadoras e berços; o uso de candeeiros reguláveis; baixar as persianas; manter o silêncio; pedir aos pais para falarem mais baixo; reduzir o volume do rádio, são medidas adotadas por estes enfermeiros. Na prática diária do enfermeiro a estas crianças o agrupamento dos cuidados e manipulação mínima parece ser uma constante, de forma a evitar o toque e estimulação excessivos, cumprindo o protocolo de intervenção mínima existente na Unidade. Despertos também, para a suavidade e sensibilidade com



que os cuidados devem ser prestados, através de um toque positivo. Os enfermeiros mostram responsabilidade ao fazerem uma avaliação contínua da criança, através da utilização da escala de avaliação Finnegan, e põem em prática um conjunto de medidas farmacológicas (morfina) e não farmacológicas (aconchego; colo; posicionamento de flexão; sacarose 30%) que consistem em medidas de suporte, que visam satisfazer as necessidades do RN, controlando as manifestações apresentadas por este que transmitem dor, sofrimento e desconforto. A existência de protocolos de Enfermagem parece ser uma realidade desta Unidade (protocolo de Intervenção mínima; protocolo de alívio da dor e protocolo da preparação do Sulfato de Morfina). Neste contexto, pode dizer-se que os cuidados de enfermagem prestados visam a promoção do bem-estar do RN com SAN.

A categoria **Promover a parentalidade e Vinculação (F2)**, é relativa ao modo como o enfermeiro promove cuidados parentais e laços afetivos. A parentalidade e a vinculação são classificadas como focos de atenção de primeira linha da prática do enfermeiro por consistirem numa resposta de autonomia e responsabilização dos pais nos cuidados ao filho e visam a aproximação e ligação afetiva entre estes.

No presente estudo os participantes dão ênfase à comunicação entre enfermeiro e pais e a parceria de cuidados entre ambos como forma de promover uma parentalidade eficaz. Neste sentido esta categoria foi dividida em duas subcategorias **Conversar com os pais (F2.1)** e **Parceria de cuidados (F2.2)**:

- Subcategoria **Conversar com os pais F2.1** - Conversar com a família é considerado aqui como o primeiro passo na promoção da parentalidade e consequente vinculação, pois, como refere Barradas (2008), a comunicação é caracterizada como algo fundamental para os sujeitos, sendo a base da socialização e formação, bem como a eficiência dos cuidados de enfermagem.

A comunicação é, aqui, abordada no sentido de estabelecer uma comunicação efetiva tendo em vista o fornecimento contínuo e a partilha de informações com os pais sobre a situação clínica e a evolução do filho, como podemos ver no excerto seguinte: (...) *informamos as necessidades do bebé e do seu estado evolutivo ou não, e o que pode ser feito (...)* E019.

Cox (2002) refere ser importante facultar toda a informação relativamente ao estado do RN, tratamentos em curso, terapêutica, as suas reações habituais e estratégias para lidar com este, bem como estar aberto e atento às preocupações e anseios dos pais, saber ouvi-los, compreender a linguagem verbal e sobretudo a não verbal.

Wernet (2007) vai mais longe ao referir que a comunicação estabelecida entre os enfermeiros e a família tem como fundamento, para além da troca de informações, a

possibilidade de discutirem os seus sentimentos e tensões e de os encorajar a resolverem os seus próprios problemas, aspetos que não emergiram no presente estudo.

Os participantes do estudo mostram dedicação em conversar com os pais. Passam muitas horas a conversar com estes, utilizando uma escuta ativa e uma linguagem clara e acessível, e tentam promover, sempre que possível, privacidade aquando da conversação. Aspetos estes que podemos ver nas afirmações seguintes:

*(...) boa comunicação com as mães e damos as informações de forma clara para que ela perceba (...) E019; (...) somos uma equipa que conversa muito com os pais e dedicamo-nos muito a eles (...) E012; Com as mães, e um dos cuidados que toda a equipa dá muita atenção, é a privacidade ao comunicar com estes pais, não o fazer perante outros pais (...) E019; (...) ter uma escuta ativa e comunicar com ela da forma mais pacífica possível e que ela perceba que estamos aqui para ajudar aquela criança e que tudo o que ela precisar da nossa parte vai ser feito, vai ser cumprido, mas precisamos também da ajuda dela para haver melhores resultados (...) E019; (...) quando é preciso falar com os pais para ajustar qualquer situação que se justifique nós conseguimos, normalmente, conversar com eles e resolver (...) E018.*

Ao encontro desta ideia temos Cox (2002) que refere que a informação aos pais deve ser orientada, clara, precisa e adequada ao seu nível de linguagem, favorecendo a sua compreensão. O enfermeiro deve saber escolher as palavras e o momento exato para fornecer a informação. Oikonen [et al.] (2010) acrescentam que poderão ser fornecidos a estes pais, com necessidades específicas, folhetos informativos como auxílio ou complemento de informação.

No entanto, os enfermeiros do estudo referem que este diálogo faz-se de uma forma gradual. Inicialmente os pais fazem poucas perguntas, mas com o tempo vão criando mais confiança com o profissional e falam mais abertamente, mas, muitas vezes, sobre assuntos que não têm, propriamente, a ver com a prestação de cuidados ao seu filho. Embora os enfermeiros refiram que, às vezes, as conversas fogem do propósito de cuidar e centram-se no consumo das drogas; nos tipos de drogas que existem; qual a melhor droga; porque iniciou esta “má vida”, aprendem também com estes pais sobre o “mundo da droga”:

*[os pais] (...) mal fazem perguntas, mas depois vão tendo mais confiança em nós e vão-se abrindo mais, vão falando mais abertamente, até às vezes demasiado, falam de coisas que até nós dispensávamos, sobre a má vida anterior, do que fazem agora, tudo sobre as drogas (...) E009; (...) eu penso que é fácil até conversar com eles sobre o tipo de drogas que estão a tomar, mas não me interessa esse tipo de conversa (...) e as minhas conversas com ela são na base de uma boa prestação de cuidados aquando a alta (...) E015; (...) nós sabemos muitas vezes coisas inerentes ao mundo da droga pela boca dos pais, tem pais que comunicam facilmente sobre isto, que sentamos com eles uma ou duas horas, enquanto o bebé está sossegadinho e contam-nos esses pormenores todos da vida e do arrependimento deles, de já terem tentado sair várias vezes desta vida e não conseguirem, sobre os problemas que tinha com a irmã (...) E021.*

- Subcategoria **Parceria de cuidados (F2.2)** - É na implementação de “pequenas coisas” na dinâmica do sistema de saúde que se desenvolve a promoção de saúde. Neste âmbito há que salientar a parceria como conceito fundamental para uma nova abordagem nos cuidados de saúde, ou seja, um envolvimento dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, e da participação efetiva das famílias. Nesta sub-categoria incluem-se três sub-subcategorias: **Ensinar (F2.2.1)**; **Apoiar/Supervisionar (F2.2.2)** e **Encaminhar (F2.2.3)**, que vão de encontro ao modelo de parceria de Anne Casey, de que fazem parte o ensinar; o apoiar e o encaminhar.

**Ensinar (F2.2.1)** é percebido como uma parte importante da prestação de cuidados. É pelo ensino que os pais se tornam mais seguros e capazes de cuidarem do seu filho. Podemos definir ensinar como ajudar a outra pessoa a aprender (Martinez, 2004). Neste sentido os participantes referem ter uma função de guia e educação. Dão muita atenção aos pais e ensinam tudo o que podem. Alguns colaboram nos cuidados, no entanto não trabalham propriamente em parceria plena, mas tentam cumprir os cuidados que lhes são ensinados ou seguir as orientações que lhes são dadas. Neste sentido consideram importante conhecer as necessidades dos pais de forma a perceber se estes estão ou quando estão disponíveis e recetivos aos ensinamentos, como podemos ver nos excertos seguintes:

*“(...) ensinamos aos pais tudo o que a gente pode, também de acordo com a disponibilidade deles e recetividade (...)” E020; (...) colaboram nos cuidados, não vou dizer que trabalham em parceria conosco, mas seguem as nossas indicações. E021; (...) perceber quando é que estes estão prontos para aceitar os nossos ensinamentos e os nossos conselhos (...) E020; São pais que fazem os cuidados que nós ensinamos e vão-se tornando mais presentes e recetivos ao longo do internamento (...) depende muito da comunicação com estes pais, da maneira que falamos com eles (...) E020; (...) tentamos dar o máximo de atenção possível a estes pais, que à sua maneira, querem o melhor para o seu filho, temos é que definir prioridades, perceber quando é que aqueles pais estão prontos para aprender (...) E021; (...) pois aqui a nossa função é guiar estes pais para o bom caminho e educá-los para cuidarem do seu filho. E021.*

Esta ideia de guia e educação é partilhada em vários estudos que relatam o impacto positivo das intervenções do enfermeiro na promoção parental, quando os enfermeiros trabalham em parceria com os pais de forma a educá-los nos cuidados ao RN, que vão desde a troca da fralda à alimentação (Oikonen [et al.], 2010). Cuidados estes também referenciados pelos participantes como sendo a base de ensino: *(...) o mais difícil é trabalhar com estes pais, e estimular para darem o mínimo de condições a estas crianças, já não pedimos muito, fazer com que eles mudem a fralda, dar de comer e o banho já é uma grande vitória (...) E010.* É mostrado ainda no estudo de Oikonen [et al.] (2010), que as mães que beneficiam desta participação guiada apresentam melhorias na sua capacidade de relacionamento com os seus filhos antes da alta da unidade.

As afirmações que se seguem evidenciam que os participantes ensinam aos pais que devem tocar, sentir e interagir com o filho nas alturas mais adequadas, de acordo com as necessidades da criança, de forma a facilitar a relação entre ambos, no entanto referem que não é fácil coordenar esta interação, uma vez que são crianças que não requerem muitos estímulos:

*(...) criar um laço afetivo entre estes já é um patamar mais difícil, porque não é fácil interagir com estas crianças, brincar, dar colo, mimos, não é com elas, mas mesmo assim incentivamos a tocar e dar mimos, nas alturas certas (...)" E010; "Tentar envolve-los com a mãe, a vinculação, também, é um aspeto importante a ter em conta com estes meninos, por isso há que tentar envolver os pais, ao máximo, nos primeiros dias de vida, principalmente participar nos cuidados e tocar nos bebés para sentirem-se acarinhados, pois faz muita diferença sermos nós a prestar os cuidados do que ser a mãe, eles ficam muito mais calmos ao seu colo."E019.*

No estudo de Oikonen [et al.] (2010) refere-se como determinante incentivar a presença dos pais e instruí-los a ler a linguagem dos filhos, sabendo quando e como tocar.

Consideramos que os participantes neste estudo reconhecem a importância do ensino, aproveitando sempre que for necessário reforçar os mesmos. O reforço dos ensinamentos é um aspeto evidenciado pelos participantes como uma necessidade destes pais, em particular no evitar os estímulos ruidosos e tácteis para não incomodar o filho, no reforçar para falarem mais baixo; não o acordar, não pegar ao colo em certas circunstâncias e não embalar com muita força:

*"(...) a necessidade de reforçar várias vezes as mesmas coisas (...)" E010; Por vezes, a mãe chega ao serviço, acabamos de adormecer o menino, estava a dormir calmamente e a mãe chega, mesmo depois de já se ter explicado que deve-se reduzir os estímulos, fala alto na sala com as auxiliares, e até conosco, lá reforçamos para ela falar mais baixo, ter calma (...)" E019; [mãe] (...) acorda ou pega no menino e começa a embalar-lo com muita força, desrespeitando o nosso trabalho ou nem ligar aquilo que a gente diz, tem que se estar sempre a repetir, para evitar os estímulos e o ruído e não perturbar o menino. E019.*

É importante ensinar e treinar estes pais e, neste sentido, consideramos que para se recorrer à demonstração e prática como técnica de ensino, é muitas vezes necessário solicitar a colaboração dos pais: por exemplo se querem vir prestar os cuidados de higiene ao filho. Facto este referenciado pelos participantes como uma luta constante e muitas vezes sem sucesso:

*Muitas vezes combinamos o banho com os pais pela manhã e não aparecem e inventam uma ou duas desculpas, no outro dia tenta-se combinar e não aparecem outra vez. E021; (...) combinávamos para vir prestar os cuidados de higiene e não apareciam, às vezes ligavam a dizer que não podiam vir, nós é que tínhamos que estar sempre a perguntar se a mãe vem ou não vem, a que horas gostaria de prestar os cuidados. E019; (...) era uma luta constante da nossa parte para ela estar mais presente, prestar os cuidados de higiene de manhã (...)" E020.*

Se considerarmos que é, também, pelo ensino que promovemos a prestação de cuidados em parceria com os pais de crianças com SAN, é importante mencionar que, para que este ensino seja eficaz é fundamental respeitar a vontade e a forma de atuar dos pais.

Neste sentido os participantes sentem que exigem demais destes pais porque esperam que eles sejam peritos nos cuidados que lhes foram ensinados. No entanto são conhecedores que isso não é o mais correto. O importante é sentir que esses cuidados vão ser prestados no domicílio no sentido do bom desenvolvimento da criança. Para isso, há que trabalhar em conjunto com os pais (de acordo com as suas necessidades) e instruí-los de forma a perceberem as necessidades da criança e adotarem os cuidados adequados. Aspectos apresentados nos excertos:

*“(...) digo sempre, que às vezes somos nós que exigimos demais deles, queremos que eles façam tudo certinho, à nossa maneira, eu sei que não é correto (...) E012; (...) os cuidados não têm de ser sempre como nós pensamos que deve ser, há que adaptarmo-nos às situações, detetar as necessidades e trabalhar com estes pais e não para estes pais. E012; “(...)o meu interesse ali é que a mãe perceba porque é que aquele menino está daquela maneira, e o que é que podemos fazer em conjunto para melhorar a situação.” E015.*

Nota-se ao longo de todo o discurso dos participantes atitudes e ações importantes que evidenciam o papel de ensino aos pais. Esse papel de ensino é referido pelos participantes como um papel de guia e educação, que permite fornecer conhecimentos sobre as necessidades e cuidados que o RN precisa, bem como orientar e coordenar esses cuidados, de forma a contribuir para a promoção da parentalidade e vinculação com o seu filho.

Em consonância com estes estão Ferreira e Costa (2004) que referem que o papel do enfermeiro, passa por ajudar os pais a descobrirem e interpretarem os sinais do filho, facultando estratégias para interagir e cuidar dele, disponibilizar a informação relativamente ao ambiente que envolve a criança, as condições em que esta se encontra e a valorização das suas competências e evolução. Os mesmos autores acrescentam que a parceria de cuidados propicia o envolvimento e o estabelecimento de laços afetivos entre pais e RN, cabendo aos enfermeiros apenas a orientação e a coordenação desses cuidados.

De referir ainda o estudo de Oikonen [et al.] (2010) que conclui que os enfermeiros da UCIN gastam uma grande parte do seu tempo a educar estas famílias.

Na sub-subcategoria **Apoiar/Supervisionar (F2.2.2)** percebe-se como os enfermeiros apoiam estes pais e supervisionam os cuidados ao seu filho.

Os participantes do estudo referem que as mães participam nos cuidados sempre com apoio e supervisão, mas não especificam nem diferenciam os cuidados prestados e supervisionados.

Os depoimentos seguintes mostram que os cuidados prestados pelos pais são feitos com supervisão:

*[Mãe] (...) mostra que tem a mínima noção dos cuidados que a criança necessita e tento sentir alguma segurança se esses cuidados vão ser bem prestados em casa. E015; O bebé só sai*

*daqui quando nós achamos que a mãe está apta a ir para casa tomar conta do filho. Enquanto as competências parentais não forem desenvolvidas o menino não terá alta (...). E015; Quando eles estão cá até prestam bons cuidados, sempre com supervisão, para orientar no que for preciso (...) E019; Tem pais presentes em relação aos cuidados que prestam com a nossa supervisão, tem outros que nós temos, às vezes, que levar dias e até semanas para incutir-lhes que têm de prestar cuidados ao bebé, para que tenham maior segurança. E021.*

A supervisão dos cuidados prestados pelos pais é vista pelos participantes no sentido de que estes conhecem as necessidades do filho e que mostrem segurança nos cuidados que vão ser prestados no domicílio. Esta ideia de sentir “o agora e o depois” é reforçada por Alarcão e Tavares (2003, p.45) quando referem que a supervisão implica uma “visão de qualidade, responsável, livre, experiencial, acolhedora, empática e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois”.

Sendo o apoio constituído por informação, empatia, incentivo, validação de comportamentos, partilha e reciprocidade, ajuda instrumental e reconhecimento de competências (Brown, 1986, cit. por Weissheimer, 2007), consideramos que os participantes mostram apoiar estes pais, não só no sentido de ajudar nos cuidados (quando estes precisam), mas através de incentivos, oportunidades e valorização da sua participação nos cuidados prestados, de forma a fortalecer o vínculo afetivo entre estes e a promover neles segurança enquanto prestadores de cuidados, como mostram os memorandos:

*“(...) o facto de deixarmos eles participarem mais nos cuidados, e mostrarmos que é importante a sua presença, pois inicialmente a vinculação pais/bebé parece que é um pouco inexistente, mas depois vai, com o tempo, melhorando e vai sendo cada vez melhor.” E009; “(...)quando estamos a dar-lhes a oportunidade de cuidar e de estarem com os seus filhos, pode ser um motivo de mudança.”E019; “(...) ser assertivas nos nossos cuidados e envolvê-las nos cuidados aos filhos, trabalhando em parceria.”E019; “Estes pais precisam da nossa compreensão e do nosso apoio e não que tenhamos atitudes que os possam afastar mais do menino.E019; (...) costumamos apoiá-los nos cuidados quando precisam (...) E019; (...) digo muito bem é mesmo assim (...) E019.*

Esta ideia, representada nos últimos memorandos, referente ao reforçar o exercício do papel parental e ajudar os pais a desenvolverem o seu papel dando um feedback positivo sobre as suas competências, está em consonância com o estudo de Marcellus (2007), que refere que os papéis dos enfermeiros são proporcionar apoio emocional e orientar os familiares nos cuidados ao RN com SAN, valorizando as suas atitudes e habilidades de modo a proporcionar igualmente um ambiente que promova o desenvolvimento do RN com SAN.

Apoiar é também incentivar a presença dos pais junto dos seus filhos, para que possam continuar o processo de vinculação. Uma tentativa de incentivo referenciada pelos participantes é as senhas de refeição, o que nem sempre é eficaz, como se pode ver no memorando seguinte: *(...) temos os incentivos das senhas para o almoço e jantar, mas nem sempre*

*resulta, pedem a senha pelas 11h e só aparecem por volta da hora do jantar, não é fácil fazer coisas para os prender aqui, senão vão sentir-se presos e isso não vai facilitar a relação com o filho (...)" E020.*

Analisando o que foi referido pelos enfermeiros relativamente ao apoio prestado, bem como à supervisão dos cuidados, podemos inferir que estes contribuem para o desenvolvimento de competências nos pais no cuidar do seu filho. Perspetiva esta abordada por Barradas (2008) ao referir que a implicação dos pais na prestação de cuidados à criança, durante a hospitalização, deve ser uma constante pois, desta forma, sob supervisão e apoio, é possível desenvolver neles as competências parentais, que irão no futuro proporcionar uma maternidade/parentalidade adequada.

A sub-subcategoria **Encaminhar (F2.2.3)** diz respeito à avaliação e encaminhamento das famílias, bem como à importância de envolver toda a equipa de saúde no processo de avaliação, inserção e reabilitação da família.

Os participantes do estudo reconhecem existirem boas redes de apoio para o seguimento das famílias. O essencial é avaliar melhor estas famílias para poderem encaminhá-las com qualidade. Aspeto referenciado nos excertos: (...) *acho que precisamos fazer uma maior avaliação da família e todo o envolvimento familiar, para podermos encaminhar melhor estas famílias (...)* E020; *Uma coisa boa para estes pais é as redes de apoio e encaminhá-los para estas.* E019.

Em consonância com esta ideia temos Knauth (2001) que sugere que a intervenção do enfermeiro se deve basear em três aspetos fundamentais: avaliação, identificação e encaminhamento das famílias. A avaliação do funcionamento familiar permite identificar as necessidades e encaminhar para serviços específicos.

Consideramos que os participantes reconhecem a importância do encaminhamento destas famílias. Os participantes referem que são eles que, após avaliação e deteção das necessidades da família, fazem o seu encaminhamento para os outros profissionais de saúde. As entidades ou técnicos de saúde envolvidos em todo este processo de cuidar do RN com SAN e sua família que implica, também, a preparação da alta hospitalar são: o serviço de adictologia, a equipa médica, o serviço social e o Centro de Saúde. Este encaminhamento é valorizado pelos participantes, tendo em conta a atuação dos profissionais de saúde implicados, como vamos assistir ao longo dos excertos seguintes, de forma individual.

Os enfermeiros referem que, por vezes, é necessário contactar o serviço de adictologia no sentido de confirmar o tratamento da mãe: qual a dose ingerida; se há associação de outras drogas à metadona, o que vai implicar na gestão dos cuidados ao RN e

um acompanhamento do tratamento da mãe, como podemos ver no discurso dos participantes: (...) *também, por vezes falamos com os colegas da adictologia, quando é para determinar ou saber se a mãe está a cumprir o tratamento, a dose ingerida, sobre as análises (...)* E012; (...) *muitas vezes temos que fazer a ponte de ligação com a adictologia (...) para adequar os cuidados ao bebé.* E018.

Os participantes referem que são o elo de ligação entre a família e a equipa médica, havendo pouco contacto entre estes. Os médicos confiam no trabalho do enfermeiro e, praticamente, dedicam-se aos ajustes terapêuticos de acordo com as informações facultadas pelo enfermeiro, como podemos ver nas afirmações:

*[médicos] (...) confiam no nosso trabalho, e guiam-se pelos scores que nós lhe damos e fazem os ajustes da terapêutica, claro que depois vão-nos perguntando do seu estado geral, se continuam muito agitados, se estão melhores ou não (...)* E015; *[equipa médica] (...) nós geralmente somos aqui os heróis da batalha, fazemos de elo de ligação com a restante equipa, havendo pouco contacto direto destes com a família (...)* E015.

Em famílias mais problemáticas os participantes referem a necessidade de as encaminhar para a assistente social, com o conhecimento do médico assistente, e esta entra em contacto com a Comissão de Proteção de Menores. Em casos mais extremos já foi necessário a intervenção da polícia. Nem sempre é pedido o apoio da assistente social, os participantes referem que fornecem todas as informações necessárias a esta, e que o suporte dado é relacionado mais com as ajudas de custo a nível de alimentação, transportes e habitação; com a necessidade de referenciar ou não estes pais/criança à Comissão de Proteção de menores, e programar acompanhamento após alta, pelo assistente social da área de residência. Alegam ainda que a maioria das famílias encontram-se já sinalizadas, mas raramente as crianças são retiradas aos pais. Como podemos ver nas afirmações seguintes:

*[pais]“(...) quando vemos que eles têm dificuldades, contactamos a assistente social para os ajudar no que for possível, nem que seja nos transportes para virem visitar mais vezes o seu filho, até mesmo adquirir uma nova habitação, ajudam no que seja necessário (...)*” E009; (...) *Já houve vários internamentos que a comissão de menores teve que se deslocar ao serviço, mas na maioria, estas crianças e estes pais são seguidos na comunidade, pela assistente social da zona.* E012; *“(...) Já aconteceu ter sido necessário referenciar estas crianças e a assistente social ter que comunicar à proteção de menores, mas nos casos que houve nunca foram retirados aos pais, mas ficaram sinalizados, com marcação de visitas da comissão para irem acompanhando os pais e as condições para poderem cuidar deles.”*E009; (...) *já foi necessário chamar outro técnico, ou a polícia, ou outra pessoa qualquer (...)* E018.

Aquando da alta hospitalar, os participantes referem que contactam, por via telefónica, os colegas do Centro de Saúde, no intuito destes não perderem o rasto destas famílias e fazerem uma vigilância de enfermagem mais apertada, acompanhado sempre de uma carta de alta de enfermagem que faz referência à situação clínica do RN, aspetos a ter



em conta como a abstinência tardia; consulta de RN de risco; visita domiciliária e outras informações necessárias referente ao caso social:

*Pois, é importante fazer esta articulação (...) fazemos uma carta de alta, em que consiste toda a informação sobre o caso, sobre o que foi feito e quais as necessidades previstas (...) E012; (...) às vezes fazemos contacto telefónico com as colegas do centro de saúde, para saberem que estes já tiveram alta para não lhes perderem o rasto (...) E012; (...) estes meninos depois de terem alta, é recomendado pelo menos uma visita domiciliária, até porque, pode ocorrer síndrome de abstinência neonatal tardio, nós fazemos a nossa carta de alta para as nossas colegas de centro de saúde (...) E015; (...) têm um seguimento mais apertado, é marcado uma consulta de RN de risco para além das consultas normais de Pediatria, devido às várias consequências que esta síndrome pode trazer (...) E020.*

O encaminhamento e preparação para a alta hospitalar do RN com SAN e sua família assumem, por tudo o que foi exposto, particular relevância. Em consonância com as ideias apresentadas pelos participantes temos Lucas e Palminha (2003) que referem que a alta deve ser iniciada o mais precocemente possível e que esta exige o recurso a vários profissionais, (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogo), que possam trabalhar em parceria com carácter sistemático, de forma a poder construir, com a família e a comunidade, uma rede de recursos eficazes e prolongados no tempo. É fundamental que o enfermeiro entre em articulação com o CS, para que seja assegurada a visita domiciliária. Esta reveste-se de grande valor pois os dados científicos revelam que as mães toxicodependentes correm um risco superior de negligência nos cuidados ao RN. Por vezes, na preparação da alta, é necessário envolver as Comissões de Proteção de Menores. Em última instância e na ausência de um familiar que assegure os cuidados à criança, o Tribunal de Menores tem uma palavra a dizer.

É de referir que o discurso dos participantes não faz referência ser prática o encaminhamento dos pais ao psicólogo.

Analisando a categoria **Promover a parentalidade e vinculação (F2)**, na sua globalidade, podemos considerar que os enfermeiros do estudo levam a cabo um conjunto de ações promotoras do papel parental e do laço afetivo criança com SAN/pais, o que inclui o fornecer de informação clara, concisa e adequada às práticas de cuidados e sobre a situação e evolução clínica do RN; envolver os pais na prestação de cuidados; incentivar a tocar o seu filho nos momentos mais adequados, evitando a estimulação excessiva; incentivar a sua presença na UCIN; ensinar e promover aprendizagens como os cuidados de higiene e conforto e alimentação, sob supervisão e apoio, e ainda, promover um encaminhamento aos pais, (considerados uma população de risco), dentro dos recursos existentes e necessários. Os aspetos referenciados têm potencial para contribuir, de alguma forma, para a aquisição de competências parentais e, conseqüentemente, para o processo de vinculação pais/filho.

O estudo de Oikonen [et al.] (2010) refere que as mães consumidoras de drogas ou em desintoxicação têm necessidades específicas e o facto de o seu bebé estar internado pode ser considerado um momento de oportunidade para os enfermeiros influenciarem o seu comportamento em relação ao consumo e ao seu papel parental.

Os nossos achados vão de encontro à abordagem de Kuntz (2005) que refere que a assistência humanizada ao RN numa UCIN depende, em parte, da consciencialização do enfermeiro sobre a importância do contacto precoce e contínuo dos pais com o seu filho e do incentivo à sua participação na assistência à criança. A participação dos pais nos cuidados implica assim, uma relação de parceria com a equipa de saúde, em que esta assume um papel de ensino, de apoio/supervisão (onde intervém o mínimo necessário) e encaminhamento, em que haja partilha de conhecimento com os pais e ensinadas as técnicas apropriadas de modo a que estes possam satisfazer eficazmente as necessidades da criança e as suas próprias necessidades. Estes são os componentes do modelo de parceria de Anne Casey.

Referente a este modelo de parceria, e como salienta Conz (2008), os pais devem ser considerados como membros no cuidar e não como meros visitantes. Os pais e os profissionais do estudo parecem trabalhar em conjunto para atender as necessidades da criança. A maioria dos pais mostra-se envolvida no processo de prestação de cuidados de saúde aos seus filhos e prestam bons cuidados e de forma autónoma, quando estão presentes. A ausência dos pais na unidade surge como uma dificuldade para estes enfermeiros. É de referir que o enfermeiro é responsável pelo ensino e supervisão dos cuidados aos pais, até que estes se sintam competentes para os fazer, sendo o ensino o aspeto dentro da parceria a que os enfermeiros parecem estar mais atentos neste estudo. Nota-se a vontade de quererem ensinar tudo o que podem e a preocupação de reforçar os ensinamentos.

Na nossa opinião, e referente aos dados obtidos no estudo, o que falha mais para haver parceria plena e uma boa conversação é o apoio emocional, no que diz respeito - e tendo em conta aspetos referidos por Miles (2003) - ao saber ouvi-los, compreendê-los, demonstrar afeto no ato de cuidar, fornecer palavras de conforto, reconhecer as emoções dos pais numa situação de crise e ainda ao incentivar os pais para a obtenção de apoio através de amigos, família, religião e/ou grupos de apoio para pais, uma vez que são famílias que vivem momentos de stresses mútuos. Os aspetos referidos são importantes para o estabelecimento de uma relação de confiança enfermeiro/pais o que facilita, sem dúvida, a parceria de cuidados. O nível de participação dos pais nos cuidados pode ser influenciado pelo suporte que os enfermeiros dão aos mesmos. Estudos identificam que a

natureza das necessidades maternas em UCIN está centrada em dois processos comunicação/informação e o suporte/apoio (Wernet, 2007).

### 3.7 – Tema G: Para Cuidar Melhor

Este tema refere-se ao que o enfermeiro percebe como sendo ainda necessário para melhorar os cuidados à criança e família. Dentro deste emergiram três categorias: **Melhorar as intervenções G1; Mais Formação G2** (no contexto de conhecimentos técnicos, apoio e relaxamento) **e Recursos G3** (Tabela 8).

**Tabela 8-** Categorias e subcategorias do tema G: Para Cuidar melhor

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Melhorar as Intervenções <b>G1</b>	Relacionadas com a alimentação <b>G1.1</b>
	Relacionadas com o relaxamento e conforto <b>G1.2</b>
	Relacionadas com a aplicação do IF e avaliação da criança <b>G1.3</b>
	Instituir e cumprir Protocolos <b>G1.4</b>
Mais Formação <b>G2</b>	
Recursos <b>G3</b>	Mais enfermeiros <b>G3.1</b>
	Enfermeiro de referência <b>G3.2</b>
	Apoio psicológico (aos pais e enfermeiros) <b>G3.3</b>
	Continuidade dos cuidados <b>G3.4</b>
	Recursos Físicos <b>G3.5</b>

A categoria **Melhorar as Intervenções G1** contempla quatro subcategorias: Relacionadas com a alimentação **G1.1**; Relacionadas com o relaxamento e conforto **G1.2**; Relacionadas com a aplicação do IF e avaliação da criança **G1.3** e Instituir e cumprir Protocolos **G1.3**.

Na subcategoria **Relacionadas com a alimentação (G1.1)** são evidenciadas intervenções do enfermeiro atualizadas e adequadas à alimentação do RN com SAN, referidas pelos enfermeiros do estudo, mas que não fazem parte da sua prática diária. No entanto, podemos considerar que os participantes apresentam conhecimentos teóricos atualizados, em relação à alimentação do RN com SAN, e que estão despertados para a sua introdução na prática, como uma mais-valia para o RN com SAN.

Um dos cuidados referentes à alimentação do RN com SAN relaciona-se com uma alimentação hipercalórica, por curtos intervalos de tempo, como podemos ver nas afirmações seguintes:

*(...) já está provado e demonstrado que a alimentação destes bebés é hipercalórica e por períodos curtos, ou seja, fazer intervalos mais curtos e manter a mesma quantidade, por exemplo em vez de fazer 120ml de 3/3h, fazia-se 90ml de 2/2h, se eu conseguir acalmá-lo, saciá-lo, ficará mais organizado (...) E015; (...) dar menos comida e com intervalos de tempo menor era muito importante (...) E019; Também outra situação que devíamos rever, era uma alimentação adequada a estes bebés, começando por intervalos mais curtos, menos quantidade de comida (...) E021.*

Serrano [et al.] (2004) e Silva (2005) fazem referência a refeições pequenas e frequentes, respeitando sempre que possível o apetite, e refeições hipercalóricas se o aumento ponderal for inadequado. O suporte calórico deve ser, como já foi referido anteriormente, entre 150 a 250 cal/Kg/dia, de modo a compensar o gasto calórico causado pela agitação e choro.

A introdução segura da amamentação em mães em tratamento de metadona é um dos aspetos que os participantes referem como necessitando de ser repensado:

*“Outro aspeto é a amamentação, nós sabemos que a mãe que consome metadona, não é contra indicação para a amamentação e sabemos que até para o desmame, a AAP recomenda que a mãe amamente para não haver uma rutura bruta da droga em si (...) pronto aqui tem outra coisa que deve ser mudada, introduzir a amamentação nestas famílias.”E015; “Quando falamos com estas mães é importante incentivá-las à amamentação (...) sabemos, segundo várias pesquisas e nos consensos de neonatologia, que a mãe pode amamentar se consumir somente metadona, que é a maioria dos nossos casos (...) isto tem de mudar.”E019.*

A AAP, até há bem pouco tempo, considerava desaconselhável a amamentação quando a quantidade consumida de metadona era superior a 20mg/dia. Em 2001, essa posição foi revista e, atualmente, todas as mães em programa de metadona podem amamentar se não existirem contra-indicações médicas (Mohamed [et al.], 2006), tais como o consumo associado de outras drogas ou no caso de mães seropositivas para o VIH (Serrano [et al.], 2004). O estudo de Mesquita [et al.] (2003) faz referência a uma amamentação de sucesso, em que 70% das mães toxicod dependentes tiveram alta com aleitamento materno exclusivo e 18% com suplemento de leite artificial.

A subcategoria **Relacionadas com o relaxamento e conforto G1.2** é referente a ações que o enfermeiro expressa como importantes para o conforto e relaxamento do RN, suas famílias, bem como para os próprios enfermeiros.

As afirmações que se seguem demonstram a sugestão de dar o banho mais do que uma vez ao dia, de forma a proporcionar relaxamento ao RN:

*Nós só damos o banho uma vez por dia, mas quero dizer que na fase aguda poderíamos dar mais do que um banho por dia, o objetivo não é lavá-lo nem esfregá-lo, o objetivo é ele estar imerso em água quente para ser mais fácil acalmá-lo (...) E015; (...) temos de estar sempre a mudar de roupa, o que é necessário dar banho mais do que uma vez por dia, de forma a ficarem mais fresquinhas, relaxadas e cheirosas. E009; (...) a questão do banho, estes meninos apresentam sudorese intensa, vomitam (...) poderíamos dar banho duas vezes por dia se*

necessário, também como relaxamento. E019; (...) em relação aos cuidados, se for preciso dar um banho a meio da noite para ele relaxar (...) E020.

A implementação dos cuidados seguindo a filosofia do NIDCAP é referida como uma expectativa. Ideia transmitida pelos participantes nas afirmações seguintes:

*(...) deixarmos um pouco as rotinas de lado quando estamos a cuidar destes bebés e cuidar quando eles nos dão sinais que precisam de nós, seguindo mais ou menos a filosofia do NIDCAP (...) E020; “Há coisas muito práticas que podem ser mudadas, toda a gente sabe desta filosofia do aconchego, mas há coisas que a evidência demonstra, que os artigos científicos revelam, que devem ser feitos de uma certa maneira. E015.*

O NIDCAP<sup>®</sup> é um dos programas usados em várias unidades neonatais, que estabelece que todos os cuidados devem atender a criança e família nas suas necessidades. Promove treino específico dos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado neonatal, na observação e identificação comportamental do RN. Atendendo à individualidade e desenvolvimento de cada RN é elaborado um plano de cuidados, que é discutido pela equipa de saúde e pais, baseado na observação metódica do comportamento do RN em interação com o meio e também antes, durante e após as intervenções realizadas pela equipa de saúde. Este programa emerge dos cuidados centrados na família incluindo intervenções dirigidas quer à otimização macro ambiental (luzes, ruídos, etc.) como à micro ambiental, em que a criança se desenvolve (postura, manipulações, dor), agindo também sobre a família para facilitar ao máximo o seu papel de cuidador principal da criança (Perapoch López [et al.], 2006).

Os participantes parecem reconhecer o ambiente envolvente como um fator determinante no conforto e relaxamento da criança com SAN e suas famílias, mas também para as outras crianças e enfermeiros. Neste sentido sugerem a implementação de musicoterapia e aromaterapia na unidade:

*Outro aspeto seria implementar terapias complementares, musicoterapia, aromaterapia (...) E019; (...) nós temos no serviço uma aparelhagem em que o leitor de cds está avariado e não conseguimos colocar as musicas adequadas para as crianças, não só para estes meninos, como também para os outros e para nós, mas essencialmente para estes para um maior relaxamento, podíamos também utilizar a aromaterapia também seria muito interessante. E019.*

Segundo Silva e Leão (2004) citados por Eler e Jaques (2006) as terapias complementares buscam o reequilíbrio global e não somente o tratamento sintomático, mas têm-se mostrado eficientes, em vários estudos, tanto na dor, como para o relaxamento, insónias, diminuição do sofrimento, entre outros.

A subcategoria **Relacionadas com a aplicação do IF e avaliação da criança G1.3** diz respeito à utilização eficaz do instrumento de avaliação, bem como uma avaliação integral da criança.

Outro aspeto a melhorar referido pelos participantes está relacionado com a avaliação do IF, devendo este ser avaliado 1h após a alimentação do RN: *[IF] “Esta avaliação é feita quando manipulamos o menino, geralmente é feita de 3/3h, o que está adequado, mas não propriamente 1h após a alimentação, como se preconiza, mas sim naquele momento de interação, o que podemos melhorar também neste sentido.” E015.*

No entanto, as *guidelines* para o RN com SAN do Royal Women’s Hospital (2011) mencionam que a aplicação desta escala pode, também, ser aplicada 30 minutos após a alimentação.

É de referir a necessidade de uma avaliação física integral da criança de forma rigorosa, como podemos ver nos memorandos seguintes: *(...) acho que para nós também era importante para fazer uma avaliação mais integral da criança (...) E021; (...) fazer uma abordagem integral, uma observação física, da criança diferente. E021.*

Ao encontro desta ideia, Marcellus (2007) refere no seu estudo que para uma boa aplicação da escala é necessária uma avaliação estruturada do grau de sintomas de privação do RN, incluindo o tipo de manipulação que este recebe, bem como o ambiente que o rodeia, uma vez que afeta o seu comportamento.

A subcategoria **Instituir e cumprir Protocolos G1.4** relaciona-se com o contexto terapêutico e de avaliação.

A implementação de protocolos terapêuticos na UCEPN é uma necessidade sentida pelos participantes, de forma a uniformizar os cuidados, particularmente em relação aos critérios de ajuste e desmame de medicação, que influenciam na evolução clínica do RN: *Haver uma padronização de procedimentos, neste caso relativo à terapêutica. E009; (...) é um aspeto muito positivo a criação de protocolos terapêuticos, para uniformizar os cuidados para obtenção de melhores resultados.” E015; Poderia haver um protocolo, mais uniforme, mais a nível médico, critérios de ajuste e desmame da medicação, para a gente cumprir todos com rigorosidade (...) E020.*

Consideramos que há convicção e empenho nas afirmações transmitidas pelos participantes, relativas à mudança e atualização do protocolo de avaliação do IF, sendo referido como um dos primeiros passos a dar:

*“ (...) o IF antigo necessitava de uma reavaliação, necessitava de ser atualizado (...)” E009, “(...) precisamos de um ajuste da modificação que a escala sofreu (...)” E010; Outra coisa que deve ser mudada é o IF, isto é uma coisa importantíssima, porque influencia as tomas da terapêutica, e todos nós sabemos, que a terapêutica é prescrita de acordo com o score do IF (...) E015; [IF] (...) e uma coisa que podíamos melhorar era passar a utilizar a nova escala (...) o que pode ajudar também um bocadinho os nossos cuidados. E021; (...) um IF mais atualizado é uma necessidade, é preciso é avançar com isso. E015.*

Os protocolos terapêuticos e escalas de avaliação são considerados uma base importante na melhoria dos cuidados prestados numa unidade neonatal. De encontro com esta ideia temos Sarkar e Donn (2006) que referem que pode ser difícil estabelecer

iniciativas de melhoria de qualidade sem ter uma política padronizada. Perapoch López [et al.] (2006) consideram a implementação de protocolos, uma medida fácil e económica.

Na categoria **Formação G2** é contemplado o investimento na formação, bem como as sugestões de formação necessária.

Consideramos que os participantes valorizam a formação permanente e discussão de ideias em reuniões de serviço, como estratégias de desenvolvimento e atualização de conhecimentos para melhorar as intervenções de enfermagem, bem como aptidão e segurança nas mesmas, como podemos assistir nos excertos:

*“Outro aspeto em falta é a formação permanente, nesta área, de forma a atualizarmos o nosso conhecimento teórico e prático, de forma a sentirmo-nos mais aptas e mais seguras na nossa atuação, às vezes não é fácil saber estar nestas situações, quanto mais atuar nelas.” E019; “(...) o que pode passar é mais pela formação da equipa nesta área, para que nós como equipa possamos atuar da melhor forma, criar condições favoráveis ao tratamento (...)” E010; “(...) a formação do enfermeiro nesta área é um ponto crucial (...)” E009; “Talvez, também, fazer mais reuniões de serviço para conversar sobre estes casos e perceber o que poderíamos ter feito de diferente.” E012.*

Os participantes fazem referência aos temas de formação em que se deve investir, que vão desde um melhor conhecimento das drogas consumidas pela mãe (tipo, ação, efeitos, grau de gravidade); o IF, como o avaliar e reavaliar melhor (esclarecer as necessidades de cada item a avaliar); inovação nos cuidados; como lidar com os pais, e por último, técnicas de relaxamento. Como podemos assistir nos excertos:

*Primeiro julgo que deveria haver mais formação dentro da equipa de enfermagem, em relação ao tipo de drogas, sua ação, os efeitos (...) E009; [IF] (...) se calhar podíamos fazer uma formação específica sobre cada item a avaliar (...) por exemplo os espirros só se contabiliza se for acima de 3 e não se espirrou uma vez, a diferença de um vômito e uma regurgitação, há critérios dentro de cada item que necessitam de ser reavaliados e esclarecidos. E023; (...) também em relação aos cuidados propriamente ditos, pode haver alguns que desconheça o alto nível de importância que é se fosse feito de outra maneira, por isso a importância de formação nesta área. E010; (...) formação nesta área, não na prestação de cuidados (...) mas talvez no lidar com estas famílias. E012; (...) formações em técnicas de relaxamento para nós conseguirmos lidar melhor com estas situações, seria muito bom, principalmente na fase aguda (...) e a área do conforto e relaxamento é uma área que nos podia ajudar muito nesse sentido.” E009.*

Na categoria **Recursos G3** emergiram cinco **subcategorias**: Mais enfermeiros **G3.1**; Enfermeiro de referência **G3.2** (como elo de ligação com a família e os serviços de saúde); Apoio psicológico **G3.3** (Pais e Enfermeiros); Continuidade dos cuidados **G3.4** e Recursos Físicos **G3.5**.

Na subcategoria **Mais enfermeiros G3.1** é visível a sobrecarga de trabalho sentida pelos enfermeiros, e a necessidade de existirem mais enfermeiros a fim de prestarem cuidados com maior qualidade e no sentido de sentirem-se mais disponíveis para as

crianças com SAN, uma vez que exigem mais atenção e tempo para cuidar, como podemos ver nos excertos:

*“A nível de enfermagem deveria haver mais elementos (...) se tivéssemos uma equipa de forma a poder disponibilizar um enfermeiro para estes casos, sei que é difícil, quanto mais nos dias de hoje, mas é uma forma de conseguirmos prestar os cuidados com maior qualidade e evitar a sobrecarga de trabalho.” E009; Na minha opinião na nossa unidade, o primeiro ponto seria aumentar o número de elementos da equipa, não só pela sobrecarga de trabalho, mas porque com este aumento da equipa, conseguiríamos estar mais disponíveis para as necessidades que estas crianças exigem, dar atenção e conforto (...) E010.*

A subcategoria **Enfermeiro de referência G3.2** parece surgir, por um lado, face à dificuldade sentida pela falta de comunicação e humanização entre a equipa multidisciplinar, de forma a obter um elemento que servisse de elo de ligação entre a equipa e a família. Por outro lado, no sentido deste profissional estar mais presente nestes casos e mais próximo da família, a fim de evitar-se perdas de informação e proporcionar um apoio mais individualizado à família, como mostram as afirmações:

*Outra coisa que podemos desenvolver é pegar no exemplo da fisioterapia, temos enfermeiros específicos de fisioterapia que estão ali a trabalhar só com aqueles bebés (...) explicar as coisas aos pais, falar mais abertamente com os pais, explicar a importância do sono e descanso nestes bebés e a não manipulação excessiva, basicamente seria a ideia de criar um enfermeiro mais específico nesta situação (...) E010; (...) embora com a colaboração de toda a equipa, pois esse enfermeiro não estaria sempre presente, mas pelo menos teria um papel específico nesta área, serviria como elo de ligação na equipa multidisciplinar, de forma a terminar com uma certa tensão que existe no trabalho desta equipa multidisciplinar, e também uma questão de falarmos todos a mesma linguagem (...) E010; (...) acho que ajudava muito se os pais tivessem um acompanhamento mais específico por um elemento da equipa multidisciplinar, pois muitas vezes as informações se perdem, estamos sempre a perguntar as mesmas coisas aos pais, eles pensam que estamos a meter na vida deles, por isso podíamos servir como mediadores desse profissional especializado que acompanhasse esses pais. E021.*

A subcategoria **Apoio psicológico G3.3** refere-se a uma necessidade, sentida pelos enfermeiros, de apoio de um psicólogo tanto à família como ao próprio enfermeiro.

Como refere Souza (2010) o planeamento da assistência de enfermagem passa, também, por explorar o apoio disponível, a qualidade dos vínculos e os possíveis desgastes relacionais, uma vez que a hospitalização da criança condiciona nos pais um acréscimo de ansiedade (Cox, 2002), instabilidade física e emocional para conseguirem envolver-se com o filho (Frazer [et al.], 2007) e porque lidam com stresses múltiplos (Marcellus, 2007). Neste sentido, Lucas e Palminha (2003) fazem referência à necessidade de um psicólogo como membro da equipa multidisciplinar que trabalha com estes pais. Opinião partilhada pelos enfermeiros deste estudo, como se pode ver nas unidades de registo seguintes. No entanto referenciam também a necessidade de apoio psicológico ao enfermeiro, de forma a esclarecer as suas dúvidas no lidar com a família e partilhar inquietações:



*(...) Acho que poderia, também, fazer parte desta equipa um psicólogo, que possa falar e orientar aquelas mães (...) E012; [Psicólogo] (...) que nos possa, também, orientar a nós, uma pessoa a quem possamos colocar as nossas questões, faz-nos falta alguém a quem possamos recorrer e colocar as nossas dúvidas, por exemplo: se agente deve conversar muito com estes pais? Se devemos acreditar neles? Se devemos dar aquela importância toda que agente dá ou não? Pois, como eles nos enganam, até que ponto é que podemos acreditar no que eles nos dizem ou quando devemos nos desligar, ou se deve-se continuar a estabelecer uma relação (...) E012; (...) o que acho é que esses pais precisavam de um acompanhamento de um técnico especializado, um psicólogo, alguém que lhes ajudasse a ultrapassar este momento que estão a atravessar agora (...) E021.*

A subcategoria **Continuidade dos cuidados G3.4** diz respeito à forma como os enfermeiros pensam que devem assegurar a continuidade dos cuidados ao RN e família na comunidade.

Os enfermeiros do estudo referem ser necessário maior apoio a estas famílias aquando da alta hospitalar, não só a nível financeiro, mas também psicológico e social, sendo necessário desde a sua alta um contacto telefónico ou um contacto direto entre o enfermeiro neonatal e o enfermeiro de saúde comunitária que vai seguir estas famílias, de forma a dar continuidade aos cuidados das necessidades já identificadas e discutirem outros assuntos pertinentes. Outro aspeto evidenciado refere-se a um maior seguimento e acompanhamento mais apertado destas famílias através de consultas e visitas domiciliárias. Aspetos estes referenciados nos excertos:

*(...) nós não seguimos estas crianças, é a saúde comunitária, mas acho que, devíamos ter um contacto direto com as colegas que vão seguir estas famílias e pô-las a par de tudo, ainda mais que entregamos a carta de alta aos pais e não sabemos se chega ao destino (...) E015; (...) deveríamos fazer sempre um contacto telefónico para as colegas (...) E015; (...) acho importante que estas famílias serem seguidas. Uma pessoa pode estar em programa de metadona e ser uma boa mãe, é preciso haver recursos humanos de apoio e não só financeiro (...) E023; [família] (...) serem monitorizadas de outra forma, uma vigilância mais apertada, se vão todos os dias ao tratamento, seguimento de consultas, visitas domiciliárias (...) E023; (...) uma rede de apoio a estas mães, mais suporte social (...) E023.*

A subcategoria **Recursos Físicos G3.5** é referente ao espaço físico, da unidade neonatal, mais adequado à criança com SAN.

Os participantes consideram importante um espaço adequado a estes RN's, sugerindo um espaço mais resguardado, com maior privacidade, tendo em conta as suas especificidades clínicas:

*Quanto ao espaço físico, acho que estas crianças não devem ser isoladas, separadas, não há necessidade de pô-las separadas das outras crianças, maior privacidade sim (...) E012; (...) uma coisa que eu acho muito importante é que aquelas crianças ficassem, não isoladas, mas mais resguardadas para que pudéssemos oferecer-lhes os cuidados que elas precisam (...) E021; (...) acho que deveria haver uma sala mais isolada para estes casos, com menos luz, mais calmo, silencioso, que é o que inicialmente estes bebés necessitam para ficar mais confortáveis e recuperarem mais rapidamente. E009.*

Analisando, de uma forma geral, o **Tema G: “Para cuidar melhor”** os enfermeiros percebem como necessário adotar alguns procedimentos mais atualizados na prática clínica referentes à alimentação do RN com SAN (menor quantidade de leite e intervalos mais curtos e incentivar o aleitamento materno); ao seu relaxamento e conforto (o banho mais vezes ao dia e implementar terapias complementares); a avaliação integral do RN com aplicação adequada de um IF atualizado, bem como protocolos terapêuticos para a uniformização dos cuidados. Ademais abordam a formação permanente como necessária nos aspectos diretamente relacionados com a síndrome, com a droga ingerida pela mãe, a avaliação do RN com o IF e técnicas de relaxamento. Referem, ainda, ser necessário mais recursos humanos a nível de pessoal de enfermagem, sugerindo também um enfermeiro de referência que sirva de elo de ligação com a equipa e família de forma a individualizar os cuidados, bem como maior rede de apoio a estes pais após alta hospitalar. Por último, os enfermeiros percebem, dentro dos recursos físicos, como necessário, um espaço mais calmo e com maior privacidade para os RN's com SAN e suas famílias.

## **CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES**

Com este estudo foi nossa intenção compreender como é que os enfermeiros experienciam o cuidar de uma criança com SAN e sua família num ambiente de UCIN, bem como as dificuldades sentidas por estes, através de suas histórias e experiências vividas, permitindo uma visão da complexidade que é o processo de cuidar nestas situações, aos olhos do enfermeiro.

De uma forma sucinta podemos verificar que, a complexidade e a relevância do cuidar destas crianças, associado às suas características (irritáveis, agitadas, insuportáveis, exigentes, inconsoláveis, com padrões de sono, repouso e alimentação alterados, choro intenso), manifestações clínicas (tremores, sudorese intensa, vômitos, diarreia, eritema perianal, escoriações, sucção excessiva), ao seu sofrimento e às características peculiares e dificuldades socioeconômicas e baixo nível cultural das suas famílias (classe média baixa, desorganizadas, problemáticas, jovens e desgastadas, distúrbios mentais, doenças infecto-contagiosas, habilitações literárias baixas), constituírem um quadro que podemos considerar preocupante.

Os enfermeiros partilham que são crianças que apresentam uma sintomatologia complexa, difíceis de cuidar, com necessidades de consolo e difíceis de acalmar. Estas crianças exigem do enfermeiro mais atenção e tempo para cuidarem delas. No entanto, os enfermeiros mostram competências a nível de gestão do ambiente, alimentação, manipulação mínima e capacidade de consolo a estas crianças, promovendo, assim, um ambiente com níveis mínimos de estímulos luminosos e ruídos excessivos, com a utilização de cobertas para as incubadoras e berços, o uso de luzes reguláveis, baixar as persianas, manter o silêncio na sala, pedir aos pais para falarem mais baixo, reduzir o volume do rádio e agrupar os cuidados para uma manipulação mínima.

Para além da ecologia ambiental, os enfermeiros fazem uma avaliação contínua da criança, fazendo uso da escala de avaliação de Finnegan, e põem em prática um conjunto de medidas farmacológicas (morfina diluída em DW5% e administração via oral) e não farmacológicas (aconchego; colo; posicionamento de flexão; toque positivo; contenção

física; sacarose 30%) que consistem em medidas de suporte, que visam satisfazer as necessidades do RN, controlando as manifestações apresentadas por este que transmitem dor, sofrimento e desconforto. Referem a existência de protocolos de Enfermagem nesta UCIN (protocolo de Intervenção mínima; protocolo de alívio da dor e protocolo da preparação do Sulfato de Morfina), mas estes parecem não ser suficientes, de acordo com a opinião dos enfermeiros.

O enfermeiro não só assume a responsabilidade pelos cuidados de enfermagem a estes RN's, como também a responsabilidade de suporte técnico e emocional das suas famílias. Pelas particularidades destes pais é necessário que a equipa de enfermagem incentive a sua colaboração nos cuidados ao seu filho. No entanto, sentem que é difícil deixar os preconceitos de lado e por vezes culpabilizam os pais pelo sofrimento da criança, tentando não o transparecer aos pais e tendo a preocupação de que isso não se reflita na prestação de cuidados. É de referir ainda que os enfermeiros reconhecem que a maioria destes pais já passou por aquilo que o seu filho está a passar, pois a "ressaca" é igual à de um adulto, sendo conhecedores dos sintomas e de toda a situação de risco que estão a vivenciar, bem como de outros aspetos relacionados com o mundo da droga (peritos na situação), e assumem aprender com estes pais.

Os enfermeiros do estudo procuram promover, junto dos pais, um conjunto de ações promotoras do papel parental e do laço afetivo criança/pais, que inclui: o fornecer informação clara, concisa e adequada, das práticas de cuidados e sobre a situação clínica de abstinência do RN; envolver os pais na prestação de cuidados, incentivar a tocar o seu filho nos momentos mais propositados; incentivar a sua presença na UCEPN; ensinar e promover cuidados de higiene e conforto e alimentação, sob supervisão e apoio, e ainda promover um encaminhamento aos pais dentro dos recursos disponíveis e necessários. Nas suas opiniões os aspetos referenciados contribuirão de alguma forma para a aquisição de competências parentais e conseqüentemente para o processo de vinculação pais/filho.

Podemos perceber que os pais e os profissionais, de uma forma geral, trabalham em parceria para atender as necessidades da criança. Segundo os enfermeiros, alguns pais mostram-se envolvidos no processo de prestação de cuidados de saúde aos seus filhos e prestam bons cuidados e de forma autónoma. Constatam que os pais participam nos cuidados cuja exigência é menor, tais como a alimentação, higiene e muda de fralda, embora apresentem dificuldade nos cuidados relativos à alimentação, devido à sucção excessiva apresentada por estes RN's, necessitando da ajuda do enfermeiro. Por outro lado, constatam dificuldades em acalmar o filho durante as suas crises de choro e irritabilidade. O facto de serem pais mais distantes, despreocupados, desinteressados dos cuidados,

parece influenciar a forma como estes cuidados são prestados. Parecem-lhes que são cuidados realizados pelos pais sem “delicadeza”. Embora encontrem pais presentes e interessados, a maioria são pais ausentes, impacientes e desligados dos cuidados que estão a prestar (atitudes que consideram dificultadoras da parentalidade e vinculação). Ao mesmo tempo parecem-lhes atenciosos com os filhos, dão-lhes colo e mimos e vêem neles uma força para mudarem de vida (atitudes facilitadoras da parentalidade e vinculação). Nota-se que há uma certa vinculação (alimentam-nos, pegam-nos ao colo e fazem mimos), mas os enfermeiros definem-na como uma “*vinculação diferente*” e “*menos luminosa*”.

Emerge do estudo, que o enfermeiro é responsável pelo ensino e supervisão dos cuidados aos pais, até que estes se sintam competentes para os fazer. Na verdade, este é o aspeto dentro da parceria de cuidados que os enfermeiros parecem estar mais atentos neste estudo. Emerge notoriamente a vontade de quererem ensinar estes pais a cuidarem dos seus filhos e a preocupação em reforçar os ensinamentos. Estes resultados levam-nos a pensar que o que falha mais para haver uma parceria plena e uma boa comunicação entre ambos é o apoio emocional fornecido aos pais. Embora os enfermeiros apresentem algumas palavras de entusiasmo e motivação para com estes, consideramos que, de acordo com a nossa experiência, esse apoio eventualmente pode ser melhorado. Como refere Miles (2003) o enfermeiro precisa ter uma escuta ativa, compreendê-los, demonstrar afeto no ato de cuidar, fornecer palavras de conforto, reconhecer as emoções dos pais numa situação de crise e ainda incentivar os pais para a obtenção de apoio através de amigos, família, religião e/ou grupos de apoio para pais. Estes aspetos são importantes para o estabelecimento de uma relação de confiança enfermeiro/pais o que facilita, sem dúvida, a parceria de cuidados, uma vez que são famílias que vivem momentos de stresse e que precisam de suporte familiar, (na maioria dos casos são os avós), e que muitas vezes não o têm. Neste sentido, os enfermeiros sugerem o apoio ou o acompanhamento de um psicólogo a estas famílias, mas também ao próprio enfermeiro, de forma a poderem partilhar as suas inquietações e dúvidas, uma vez que os enfermeiros vivem sentimentos e sensações de frustração, revolta, ansiedade, cansaço, relacionadas com as dificuldades no cuidar (que envolvem criança e família), sofrimento e aflição perante a criança que sofre e de afeição pelo laço criado entre enfermeiro/RN.

Contudo, constatamos que o enfermeiro também vivencia sentimentos de satisfação pelo facto de conseguirem, em algum momento, proporcionar ao RN com SAN conforto e proporcionar uma oportunidade de mudança à “família toxicod dependente”. Experimentam também sensações de desafio e de reconhecimento profissional, o que reflete, na nossa perspectiva, uma luta pessoal e profissional por todo o desafio que é cuidar

da criança com SAN e sua família e do valor e confiança demonstrados nos cuidados prestados. Nota-se que estes sentimentos e sensações parecem sofrer alterações, consoante o estado clínico da criança e a atenuação dos sintomas, bem como com o “quebrar do gelo” da relação com a família.

Aliados a estes factos, e indo ao encontro do objetivo do estudo, “Perceber as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros no cuidado aos Rn’s com SAN e suas famílias”, acrescem as dificuldades expressas pelos enfermeiros, por um lado, relativamente ao trabalho da equipa multidisciplinar (médicos, assistentes sociais), em que não sentem um trabalhar em conjunto e contínuo, cada um cumprindo o seu papel, mas não havendo partilha de ideias e informações e faltando uniformização nos cuidados. Por outro lado, sentem a relação e comunicação com a família como difícil, principalmente no início do internamento, ao que atribuem diversas razões: pela forma de ser e de estar destes pais, pela sua ausência, e também, por falta de disponibilidade do enfermeiro e de privacidade. Outra dificuldade encontrada é referente aos recursos físicos, materiais e humanos da unidade, a falta de um espaço adequado a estes casos especiais; enfermeiros com formação na área e a desatualização da escala de avaliação do RN com SAN. Esta última é referida como uma necessidade urgente a ser implementada “a escala de Finnegan Modificada”.

Para colmatar estas falhas e dificuldades os enfermeiros sugerem a nível de recursos: mais pessoal de enfermagem, de forma a poder disponibilizar mais tempo a estas crianças e prestar cuidados com maior qualidade; um enfermeiro como elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e a família, a fim de evitar perdas de informação e proporcionar um apoio mais personalizado à família; um espaço mais resguardado e com maior privacidade para estas situações. Além do apoio psicológico já referido, é evidente a necessidade sentida do apoio de outros técnicos de saúde para um acompanhamento pós-alta mais apertado a estas crianças e famílias, no que diz respeito ao seguimento das consultas de RN de risco, tratamento da mãe com metadona, visitas domiciliárias e apoio social a nível financeiro.

Os enfermeiros assumem que para cuidar melhor destes RN’s e suas famílias, para além dos recursos acima enumerados, seria necessário mudar algumas das suas práticas, uma vez que demonstram possuir conhecimentos teóricos atualizados, tais como: necessidade de uma alimentação hipercalórica, por curtos intervalos de tempo (2/2h); a introdução segura da amamentação em mães em tratamento de metadona (estas mães não amamentam por falta de vontade própria, nem por falta de incentivo da nossa parte, mas por falta de indicação médica); necessidade de avaliar o IF após as refeições e uma

avaliação física integral da criança mais rigorosa; proporcionar mais vezes o banho como medida de relaxamento; implementação dos cuidados seguindo a filosofia do NIDCAP (centrada nas necessidades da criança e família e uma filosofia de aconchego) e de terapias complementares que influenciem o ambiente do cliente e do enfermeiro, como a musicoterapia e a aromaterapia.

Para além destas, a implementação de protocolos terapêuticos, relativos ao aumento ou “desmame” da terapêutica, é uma necessidade sentida e expressa, uma vez que a equipa médica e respetivos procedimentos mudam semanalmente. Consideram também importante a formação em serviço, nomeadamente na área dos opiáceos (causas, efeitos); na precisão e rigor da aplicação da escala de Finnegan, por ser complexa e subjetiva; estratégias no lidar com as famílias; técnicas de relaxamento para o enfermeiro e conhecimentos práticos atualizados na área da SAN, principalmente na alimentação do RN.

Reconhecemos que este estudo proporcionou um entendimento mais profundo da pesquisadora e, numa primeira exposição, acreditamos que o facto de ter sido realizado promoveu momentos de discussão sobre o tema, que é por si só uma forma de sensibilizar para o cuidar destas crianças em parceria plena com as suas famílias, promotora de cuidados parentais de qualidade e o fortalecimento do laço afetivo pais/filho. Na sua leitura, há uma possibilidade de poder ajudar a esclarecer experiências e abrir novos caminhos de cuidados, não só nesta unidade neonatal, como em outras UCIN's do país.

Entendemos que o presente estudo deu resposta aos objetivos inicialmente propostos “perceber as experiências dos Enfermeiros que cuidam de RN's com SAN e de suas famílias e conhecer as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros no cuidado aos RN's com SAN e suas famílias”. Estes foram atingidos na sua totalidade. A compreensão do fenómeno em questão permitirá a instituição de medidas que melhorem a prática de cuidados de enfermagem a estas crianças e suas famílias, com ganhos efetivos em saúde e eventual valorização profissional dos enfermeiros. Sugerimos, por um lado, medidas relacionadas com a área de formação, que vai desde o acolhimento do RN com SAN e família à sua inserção na comunidade, que abrange todo o conhecimento da situação clínica do RN em abstinência, instrumentos de avaliação, cuidados de enfermagem específicos nestes casos, técnicas de relaxamento para o cliente e profissional, bem como estratégias de apoio organizacional e encaminhamento destas famílias. Por outro lado, o trabalho em equipa com reuniões regulares para discussão de ideias, de forma a uniformizar e dar continuidade aos cuidados. Pensamos também que poderá ser um contributo para futuros estudos nesta área. Neste sentido, os potenciais estudos na área da SAN que consideramos pertinentes seriam: A vivência dos pais face à hospitalização do filho

com SAN; Estratégias de suporte e acompanhamento fornecidos aos pais toxicodependentes; Acompanhamento da família toxicodependente no exercício da parentalidade; Estudo comparativo das escalas de avaliação de SAN; A importância da implementação de protocolos e guidelines de SAN na UCIN e A dor no RN com SAN.

Como limitações deste estudo apresentamos, em primeiro lugar, o fator tempo referente à exploração, tratamento e discussão dos dados, uma vez que, e utilizando as palavras de Ribeiro (2010, p.68), “os métodos qualitativos, são dispendiosos em termos de tempo consumido. Dado que os registos extensivos são suscetíveis de produzir centenas de páginas, a organização deste material e a sua análise é complexa”. Esta fase exige um grande investimento de tempo por parte do investigador, bem como, investigadores bem treinados. Ora, a inexperiência do investigador é um fator de peso a referir. No entanto, apesar das dificuldades, este aprendeu a fazer investigação. É de referir ainda o facto de que o rigor dos procedimentos também os torna morosos.

Não podemos deixar de mencionar, também, a carência de estudos referentes a esta área em Portugal, o que fez-nos recorrer, principalmente, a estudos internacionais, que pode representar um universo um pouco distinto da realidade prática portuguesa. É de valorizar o facto deste estudo ser pioneiro no nosso país e o seu contributo para a ciência e prática da enfermagem, nomeadamente na área da parentalidade. Só a partir do conhecimento destas realidades podemos adotar medidas conducentes a uma prática mais adequada às necessidades das crianças com SAN e suas famílias e que tragam, conseqüentemente, maior satisfação aos enfermeiros.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, I. e TAVARES, J. – Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra: 2ª Edição *Revista e Desenvolvida*, 2003.
- AMERICAM ACADEMY OF PEDIATRICS - Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics*. Vol. 101, Nº 6 (Jun. 1998), p. 1079-1088.
- AVERY, Mary ; TAEUSCH, H. - *Avery's: doenças do recém-nascido*. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- BALSA, Casimiro - Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – 2007. *Revista Dependências*. Mensal Maio (2008), p.19-21.
- BARDIN, Laurence - *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lda., 2009. 281 pgs. ISBN 978-972-44-1506-2.
- BARRADAS, Alexandra – Parentalidade na relação com o Recém-nascido Prematuro: Vivências, Necessidades, Estratégias de intervenção. Universidade Aberta. Lisboa, 2008. Dissertação de Mestrado em Comunicação em saúde.
- BENNER, Patrícia – *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Edição Comemorativa, 2ª edição. Coimbra: Quarteto, 2005.
- BOGDAN, Roberth; BIKLEN, Sari - *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora. 1994. 333 pgs. ISBN 972-0-34112-2.
- BRAZELTON, Berry – *Tornar-se família: O crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*. Reimpressão da 1ª edição de 1994. Lisboa: Terramar, 2000.
- BRAZELTON, Berry; BERTRAND, Cramer – *A Relação mais Precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar, 2004. ISBN 972-710-083-X.
- CASEY, Anne - A partnership with child and family. *Sensor Nurse*. Vol. 8, Nº4 (1988), p. 8-9.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – *CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Do original ICNP Version 2, INTERNACIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- CONZ, Claudete Aparecida - A vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma abordagem da fenomenologia social. Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo, 2008. Dissertação de Mestrado.

COSTA, Regina Maria J. ; NASCIMENTO, Maria de Jesus Pereira - A responsabilidade do enfermeiro na humanização da assistência em terapia intensiva neonatal. *Revista Enfermagem UNISA*. Nº2 (2001), p. 40-44.

COTRALHA, Nuno Redol - Adaptação psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes. Lisboa, 2007, 238 p. ISBN 978-972-576-484-8. Tese de Mestrado em Psicologia.

COX, Carol – Cuidados intensivos no período neonatal – comunicação e ligação. *Nursing*. Nº 167 (Junho 2002), p. 34-39. ISSN: 0871 – 6196.

CUNHA, Gabrielle Bocchese - Exposição pré-natal à cocaína e efeitos neurocomportamentais no recém-nascido. Porto Alegre, Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Faculdade de Medicina, Programa de pós graduação em ciências médicas: pediatria, 2007. Tese de Doutoramento.

DELGADO, Arthur Figueiredo; CARDIERI, Joselina Magalhães Andrade; CRISTOFANI, Liliam Maria; WAKSMAN, Renata Dejtiar - Síndrome de abstinência no recém-nascido / Neonatal abstinence syndrome. *Revisões e ensaios*. Pediatria (S. Paulo). Vol.13. Nº2 (1991), p. 56-61.

ELER, G. J.; JAQUES, A. E. *O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor*. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama. Vol. 10. Nº. 3 (Set. /Dez. 2006), p. 185-190.

FEIJÃO, Fernanda - Inquérito Nacional em Meio Escolar – 2006: Consumo de Drogas e outras substâncias Psicoactivas. *Revista Dependências*. Mensal Maio (2008), p.22-23.

FERREIRA, Manuela; COSTA, Maria da Graça – Cuidar em Parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium, Revista do ISPV*. Instituto Politécnico de Viseu. Nº 30 (Outubro de 2004), p. 51-58.

FERREIRA, Patrício; FERNANDES, Natália - Síndrome de Privação Neonatal. Revisão da abordagem. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. Vol. 14. Nº 1 (2008), p. 24-29.

FLORES, Irene; CALHEIROS, José Manuel - Caracterização de uma amostra de mulheres grávidas toxicodependentes - a experiência do CAT do Conde. *Toxicodependências*. Edição SPTT, Vol.8. Nº2 (2002), p. 53-62.

FORD K.; TURNER S. - Issues and Innovations in Nursing Practice. Stories seldom told: pediatric nurses experiences of caring for hospitalized children with special needs and their families. Blackwell Science Ltd. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 33. Nº3, (2001), p. 288-295.

FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. 595 pgs. ISBN 978-989-8075-18-5. XXXI.

FRASER, Jennifer A. ; BARNES, Margaret ; BIGGS, Herbert C. ; KAIN, Victoria J. - Caring, chaos and the vulnerable family: Experiences in caring for newborns of drug-dependent parents. *International Journal of Nursing Studies*. Vol.44. Nº8 (Nov. 2007), p. 1363-1370.

GASPAR, Ana – Atitudes das mulheres toxicodependentes face à utilização do preservativo. Faculdade de medicina da Universidade de Coimbra, Setembro 2009. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

GUTIÉRREZ-PADILLA, José Alfonso, [et al.] - Hijos de madres adictas con síndrome de abstinencia en Terapia Intensiva Neonatal Neonatal abstinence syndrome in a Neonatal Intensive Care Unit. *Bol Med Hosp Infant Mex*. Vol. 65 (Julh-Agt 2008).

HAMDAN, Ashraf - Neonatal Abstinence Syndrome. (Março, 2010). [Consult. 10 Nov. 2010]. Disponível na Internet: <<http://emedicine.medscape.com/article/978763-overview>>.

HOCKENBERRY, Marilyn J ; WILSON, David ; WINKELSTEIN Marylin L. – *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006.

JOHNSON, K.; GERADA, C.; GREENOUGH, A. - Treatment of neonatal abstinence syndrome. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. Ed. Vol. 88. Nº1 (Jan 2003), F2 – F5. doi: 10.1136/fn.88.1.F2.

KAKEHASHI, Tereza [et al.] - Nivel de ruido en una unidad de cuidados intensivos neonatal. *Acta paul. enferm*. Vol. 20, Nº 4 (Oct./Dez. 2007), p. 404-409. ISSN 0103-2100.

KAPLAN, Roberta - Neonatal Abstinence Syndrome: an overview. *Cinahl Nursing Guide*. [Em linha]. (Jul. 2007). [Consult. 11 Nov. 2010]. Disponível na Internet: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=5000003089&site=nrc-live>>.

KEEN, J., ALISON, L.H. - Pais toxicodependentes: questões chave para profissionais de saúde. *Atualidade em Pediatria*. Vol. 9. Nº 6 (Nov./Dez. 2001), p. 298-303. ISSN 0873-0407.

KNAUTH, D. G. - Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*. Vol. 27, nº2, (2001), p. 169-184.

KUNTZ, Kathleen Ryan – Collaborative Practice: Carving out a role for Parents. *Journal for Socialists in pediatric Nursing*. Vol.10, nº1 (Jan/Mar 2005), p.33-35.

LE MOS, S. [et al.]<sup>a</sup> - Recém-nascido filho de mãe toxicodependente. Experiência de um serviço. *Artigo: Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. Vol. XV. Nº 1 (Jun. 2004), p. 29-35. Lisboa: Medicográfica. ISSN 4592.

LE MOS, S. [et al.]<sup>b</sup> - Toxicodependência na gravidez e no recém-nascido. *Artigo: Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. Vol. XV. Nº 1 (Jun. 2004), p. 36-42. ISSN 4592.

LESSARD-HÉBERT, Michelle - *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. 2ª Edição, 2005. Lisboa: Instituto Piaget. 184 pgs. ISBN 972-771-737-3.

LUCAS, A.; PALMINHA, J. - Os filhos dos toxicodependentes. Fundamentos para a compreensão do problema. IN: PALMINHA, J.; CARRILHO, E. - *Orientação diagnóstica em pediatria: dos sinais e sintomas ao diagnóstico diferencial*. Vol. 3. Lisboa/Porto/Coimbra: Lidel, 2003. Cap. 65.

MAICHUK, Gaylene, ZAHORODNY, Walter E.; MARSHALL, Richard - Use of Positioning to Reduce the Severity of Neonatal Narcotic Withdrawal Syndrome. *Journal of Perinatology*. Vol.19. Nº7 (Out/Nov 1999), p. 510-513.

MARCELLUS, Leonora - Neonatal abstinence syndrome: reconstructing the evidence. *Neonatal Network*. Vol. 26. Nº 1 (Jan. /Fev. 2007), p. 33-40. ISSN 0730-0832.

MARTINEZ, Josefina Gallegos - Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde de um hospital de San

Luis Potosí, México. Universidade de S. Paulo. Escola de Enfermagem Ribeirão Preto. 2004. Tese de Doutorado.

MARTINS, Cecília; GUEDES, Raquel; JOÃO, Anabela - Recém-nascido de mãe toxicodependente. Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia 0873-9781/08/39-3/115. *Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria*. Vol.39. Nº3 (2008), p. 115-119.

MELLADO, Eulogio J. [et al.] – Manejo y control del síndrome de abstinência neonatal. *Enfermería Global*. Nº 12 (Fev.2008), p. 1-21.

MESQUITA, Joana; BENTO, Nélia; PITORRA, Joaquim; NEGRÃO, Fátima - Filhos de toxicodependentes. *Acta Pediátrica Portuguesa*. - ISSN 0301-147X. Vol. 34. Nº 4 (Jul. /Ago. 2003), p. 265-269.

MILES, Margaret - Support for parents During a Child's Hospitalization. A nurse Guide to helping parents cope. *American Journal of Nursing*. Vol. 103, nº 2 (Feb. 2003), p. 62-64.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE DA SAÚDE DA CRIANÇA - Manual do curso de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso ao nascer: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde da Criança; 2002. ISBN: 85-334-0489-1.

MOHAMED, E., Abdel-Latif; PINNER, Jason; CLEWS, Sara; COOKE, Fiona; LUI, Kei and OEI, Julee - Effects of Breast Milk on the Severity and Outcome of Neonatal Abstinence Syndrome Among Infants of Drug-Dependent Mothers. *Pediatrics official journal of the American Academy of Pediatrics*. Vol.117. Nº6 (2006), p. 1163-1169.

MONTANHOLI, Liciane Langona - A atuação da enfermeira na UTI neonatal: entre o ideal, o real e o possível. Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo, 2008. Dissertação de Mestrado.

MORSE, Janice M. - *Aspetos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau. 2007. 373 pgs. ISBN 978-972-8485-89-4.

NEONATAL HANDBOOK - Infant of the chemically dependent woman. [Em linha]. 1ª Publicação 2002. Atualizado a 1 de Dezembro de 2010. [Consult. 12 Jan. 2011]. Disponível na Internet: [http://www.netvic.org.au/nets/handbook/index.cfm?doc\\_id=622#Guidelines](http://www.netvic.org.au/nets/handbook/index.cfm?doc_id=622#Guidelines).

OBSERVATÓRIO EUROPEU da DROGA e da TOXICODEPENDÊNCIA (OEDT) - Comunicado da agência da UE de informação sobre droga – Perspetiva do género no consumo de droga. Nº5, (2006), Lisboa. [Consult. 22 Fev. 2011]. Disponível na Internet: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_23093\\_PT\\_GenderPT2006Final.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_23093_PT_GenderPT2006Final.pdf).

OBSERVATÓRIO EUROPEU da DROGA e da TOXICODEPENDÊNCIA (OEDT) - Relatório Anual 2011: A evolução do fenómeno da droga na Europa - Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. Lisboa, Novembro 2011, pgs. 119. Disponível na Internet: <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>>. ISBN 978-92-9168-4823.

OIKONEN, Jodk Murphy, [et al.] - The Experiences of NICU Nurses in Caring for Infants with Neonatal Abstinence Syndrome. *Neonatal Network*. Vol. 29. Nº5, (Set. /Out. 2010), p. 307-316.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dotações seguras, salvam vidas – Instrumentos de Informação e Ação. [Em linha]. (12 Maio-2006), p.1-84. [Const. 1 Out. 2011]. Disponível na Internet: < <http://www.ordemenfermeiros.pt>>.

PERALTA, Fátima – Toxicodependência e Gravidez. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. Lisboa. Vol. XXV. Nº. 4 (Abril, 2002), p. 104-107. ISSN: 0873-0458.

PERAPOCH LÓPEZ, J., PALLÁS ALONSO, C.R.; LINDE SILLOA, [et al.] - Cuidados centrados no desenvolvimento. Situação nas unidades de neonatologia de Espanha. *Anales de Pediatría* (ed. port.). Ano 1. Nº2, (2006), p.90-96.

PINHO, Paula; PINTO, Ana; MONTEIRO, Virgínia - Síndrome fetal alcoólico: a perspetiva do psicólogo. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 7. Nº 2 (2006), p. 271-285. ISSN 1645-0086.

PINTO, Suzanne - Neonatal Abstinence Syndrome. *Cinahl Nursing Guide*. [Em linha]. (Maio 2006). [Consult. 11 Nov. 2011]. Disponível na Internet: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=5000003085&site=nrc-live>>.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Edição, 1995. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-101-X.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van - *Manual de investigação em ciências sociais*. 4ª Edição, 2005. Lisboa: Gradiva. ISBN 972-662-275-1.

RAMOS, Madalena – NIDCAP – Uma realidade possível... *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. Nº54, 2004, p.38-41.

RIBEIRO, José Luís Pais - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª Edição, 2010. Porto: Livpsi. 170 pgs. ISBN 978-989-8148-46-9.

RIBEIRO, Erlane Marques; SANTOS, Elisabete Terezinha; JUCÁ, Maria do Carmo de Carvalho - Síndrome de abstinência ao álcool no período neonatal. *Pediatr. Mod*. Vol. 38. Nº7 (Julh. 2002), p.333-334.

ROYAL WOMEN'S HOSPITAL - Clinical practice guideline for babies at risk of neonatal abstinence syndrome (NAS) [Em linha]. Austrália, 1ª Publicação 2008. Atualizado a 6 de Setembro de 2011. [Consult. 21 Setembro, 2011]. Disponível na Internet: <[http://www.thewomens.org.au/uploads/downloads/HealthProfessionals/CPGs/NeonatalNAS/NASCPG\\_02092011.pdf](http://www.thewomens.org.au/uploads/downloads/HealthProfessionals/CPGs/NeonatalNAS/NASCPG_02092011.pdf)>.

RUBIO, J Díez-Delgado, MARTIN, M J Belmonte, MORENO, B Chamizo, MONTES, M.A. Ortega, GDLYEZ, J Espín e MARTINEZ, Arcos - Análisis descriptivo del síndrome de abstinência neonatal en nuestro medio. *Rev Esp Pediatr*. Vol. 57. Nº 6 (2001), p. 491 497.

SANTOS, José ; MARQUES, Isaac - Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em síndrome da abstinência alcoólica no pronto-socorro. *Cogitare Enfermagem*. Vol.10. Nº 3 (Set./Dez. 2005), p. 76-83.

SARKAR, S.; DONN, SM. - Management of neonatal abstinence syndrome in neonatal intensive care units: a national survey - The Department of Pediatrics, Division of Neonatal - Perinatal Medicine, C.S. Mott, Children's Hospital, University of Michigan Health System, Ann Arbor, MI, USA, 2006. *Journal of Perinatology*.Vol.26, p. 15-17.

SCHNEIDER, Sylvia - Abuso de drogas e abstinência. IN: CLOHERTY, JP; EICHENWALD, EC e STARK, AR - *Manual de neonatologia*. 5ª Edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005. Cap. 19.

SERRANO, Ana [et al.] - Recém-nascido de mãe toxicodependente. IN: VALIDO, A. [et al.] - *Consensos em neonatologia*. [Em linha]. Coimbra: Secção de neonatologia. Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004, p. 181-183. [Consult. 10 Nov. 2010]. Disponível na Internet: <<http://scholar.google.com/scholar?q=quantos+beb%C3%A9s+prematuros+portugal&hl=pt-PT&um=1&ie=UTF-8&oi=scholar>>.

SILVA, Lina - Síndrome de abstinência neonatal: prestação de cuidados ao recém-nascido. *Sinais Vitais*. Nº 60 (Mai. 2005), p. 32-36. ISSN 0872-0844.

SOUZA, Jacqueline - Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e não dependentes de substâncias psicoativas. Programa Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem Ribeirão Preto. Universidade de S.Paulo, 2010. Tese de Doutorado.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION – SAMHSA – Results from 2005 national Survey on Drugs and Health: National Findings (Office of applied studies, NSDUH series H-30, and DHHS Publication n<sup>o</sup> SMA06-4194) [Em linha]. Rockville, 2006. [Consult. 12 Jan. 2011]. Disponível na Internet: <<http://www.samhsa.gov/nhsda/2k3nsduh/2k3results.htm>>.

TAMEZ, Raquel N.; SILVA, Jones P. – *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2ª edição, 2002.

VÁZQUEZ, M.E., CORDÓN, C., HOYOS, C., ARAGÓN, M.P. - Síndrome de privación neonatal a metadona. *Bol Pediatr*. Nº 37 (1997), p. 34-39.

VILELAS, José – *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo, 1ª Edição, Lisboa, 2009. 399 pgs. ISBN: 978-972-618-557-4.

WEISSHEIMER, Anne - Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Prenatal Psychosocial Profile. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 2007. Tese de Doutorado.

WERNET, Monika - Experiência de tornar-se mãe na unidade de cuidados intensivos neonatal. Universidade de S. Paulo, 2007. Tese de Doutorado.

WOMEN AND NEWBORN DRUG AND ALCOHOL SERVICE (WANDAS) – Neonatal abstinence syndrome [Em linha]. Atualizado em Junho de 2008 [Const. 26 Nov. 2010]. Disponível na Internet: <<http://www.kemh.health.wa.gov.au/services/WANDAS/index.htm>>.

ZAMBERLAN, Nelma Ellen - Ruído na unidade de cuidado intermediário neonatal de um hospital universitário de Ribeirão Preto-SP. Universidade de S.Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006. Dissertação de Mestrado.

# **ANEXOS**





**ANEXO I:** Instrumento de Avaliação: Escala de Finnegan Modificada



Sistema	Sinais e Sintomas	Pontos	Hora							Comentários
DISTÚRBIOS DO S.N.C.	Choro excessivamente alto/gritado	2								Peso diário:
	Choro alto/gritado contínuo	3								
	< 1 hora de sono após refeição	3								
	< 2 horas de sono após refeição	2								
	< 3 horas de sono após refeição	1								
	Reflexo de Moro aumentado	2								
	Reflexo de Moro muito aumentado	3								
	Trémulo suave com	1								
	Trémulo moderado/grave estímulo	2								
	Tónus muscular aumentado	2								
	Escoriações (em áreas específicas)	1								
	Movimentos mioclônicos	3								
	Convulsões generalizadas	5								
	DISTÚRBIOS METABÓLICOS VASOMOTORES RESPIRATÓRIOS	Sudação	1							
T. rectal < 38,2°C > 37,2-°C		1								
T. rectal > 38,4										
Bocejos frequentes (>3/4 x por cada intervalo de tempo)		1								
Exantema		1								
Obstrução nasal		1								
Espiros (>3-4 x /intervalo)		1								
Adejo nasal		2								
F.R.> 60/min		1								
F.R.> 60/min + Tiragem		2								
DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS	Sucção excessiva	1								
	Recusa alimentar	2								
	Regurgitação	2								
	Vômitos em jacto	3								
	Fezes moles	2								
	Fezes aquosas/líquidas	3								
	Pontuação total									
	Pontuador (iniciais)									

Fonte: Serrano [et al.] (2004, p. 183).



**ANEXO II: Medidas não farmacológicas para o alívio dos sintomas de  
SAN**



<b>Choro prolongado / gritado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Posicionar e utilizar técnica de contenção, de modo a que o bebé se sinta seguro;</li> <li>⇒ Aconchegar a criança em flexão e mantendo as mãos junto à boca;</li> <li>⇒ Minimizar todos os estímulos externos (ruído, luzes e toque excessivo);</li> <li>⇒ Embalar suavemente.</li> </ul>
<b>Sono ausente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Minimizar todos os estímulos externos (ruído, luzes e toque excessivo);</li> <li>⇒ Música muito suave e embalar suavemente;</li> <li>⇒ Fralda e babete limpos e secos;</li> <li>⇒ Verificar se a fralda causa irritação cutânea, e se presente aplicar creme;</li> <li>⇒ Alimentar em horário livre.</li> </ul>
<b>Sucção vigorosa das mãos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Cobrir as mãos com luvas se a pele ficar danificada;</li> <li>⇒ Manter as áreas da pele danificada limpas e evitar a colocação de creme.</li> </ul>
<b>Dificuldade na alimentação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Fornecer refeições pequenas e frequentes;</li> <li>⇒ Alimentar num ambiente calmo;</li> <li>⇒ Permitir que a criança repouse no intervalo das refeições.</li> </ul>
<b>Espirros, congestão nasal e dificuldade respiratória</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Manter boca e nariz limpos;</li> <li>⇒ Evitar o excesso de roupa, ou envolver a criança no cobertor de uma forma “apertada”;</li> <li>⇒ Alimentar lentamente;</li> <li>⇒ Quando pegado ao colo permitir a posição de semi-sentado.</li> </ul>
<b>Regurgitação / vômito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Favorecer a erupção sempre que a criança pare durante a mamada e sempre após a refeição;</li> <li>⇒ Durante a alimentação posicionar a criança adequadamente;</li> <li>⇒ Evitar o posicionamento em decúbito lateral esquerdo após a alimentação;</li> <li>⇒ Manter roupas limpas porque cheiro do vômito pode favorecer o problema, e o conteúdo gástrico pode causar irritação cutânea.</li> </ul>
<b>Hiperatividade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Aconchegar a criança em flexão e mantendo as mãos junto à boca;</li> <li>⇒ Evitar o toque excessivo;</li> <li>⇒ Providenciar um ambiente escurecido e calmo.</li> </ul>
<b>Tremores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Manter a criança num ambiente aquecido e calmo;</li> <li>⇒ Evitar o toque excessivo.</li> </ul>
<b>Febre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Manter o mínimo de roupa;</li> <li>⇒ Administrar terapêutica antipirética se febre persistir por mais de 4 horas, ou se surgirem outros sintomas.</li> </ul>

Fonte: Adaptado e traduzido de Women and Newborn Drug and Alcohol Service (2008)





### **ANEXO III: Tratamento farmacológico de SAN**



FÁRMACOS	EFICÁCIA
<b>Paregórico</b>	É um derivado da morfina (opióceio). É de fácil administração, pouco sedativo, e permite uma boa sucção. É eficaz na prevenção das convulsões. No entanto, tem a desvantagem de conter compostos potencialmente tóxicos com efeitos secundários como acidose severa, depressão do sistema nervoso central, hipotensão, insuficiência renal, edema pulmonar e convulsões. Por tais efeitos secundários não é recomendado a sua administração no RN. A duração do tratamento situa-se entre 23-45 dias.
<b>Tintura de opium</b>	É um derivado da morfina (opióceio), mas ao contrário do paregórico não tem aditivos. É eficaz, seguro, e um dos fármacos aconselhados pela Academia Americana de Pediatria. No entanto, não é comercializado em Portugal.
<b>Morfina</b>	É um opiáceo, habitualmente utilizado em situações de convulsão e choque.
<b>Metadona</b>	É um opiáceo sintético, cada vez mais utilizado como droga de substituição no tratamento da dependência da heroína, e no SAN a opiáceos. Tem a vantagem de ser de fácil administração (oral ou injetável) e ter semivida longa. Contem 8% de álcool. É a droga aconselhada pela US Food and Drug Administration no tratamento do SAN a opiáceos. No entanto, é pouco eficaz no controle das convulsões.
<b>Fenobarbital</b>	É uma substância barbitúrica usada como medicamento anti convulsivante, hipnótico e sedativo. Melhora a irritabilidade mas não alivia os sintomas gastrointestinais. Tem como efeitos colaterais a sedação, diminuição do reflexo de sucção e o aumento da sensibilidade à dor. A U.S. Food and Drug Administration preconiza no tratamento da SAN por não opiáceos (exemplo: álcool).
<b>Diazepam</b>	É uma benzodiazepina, muito sedativo e pouco eficaz no controle dos sintomas gastrointestinais e do sistema nervoso autónomo. É utilizado como adjuvante no controlo da irritabilidade e convulsões. A depressão respiratória e hipotensão causada pelo diazepam e opiáceos são sinérgicos, pelo que devem ser administrados com cautela e sob monitorização.
<b>Clonidina</b>	É uma substância agonista alfa-2-adrenérgico. Inibe a libertação de noradrenalina no <i>locus cereleus</i> . É eficaz e a duração média de tratamento é 13 dias, mas tem a desvantagem de reduzir a resistência vascular periférica, e provocar hipotensão, bradicardia e diminuição do débito cardíaco.
<b>Clorpromazina</b>	É uma droga anti psicótica. Foi utilizada como droga de primeira linha na década de 50 quando foram descritos os primeiros casos de SAN, mas o desconhecimento do seu mecanismo de ação e os efeitos cardiovasculares, endócrinos, e do SNC observados nos adultos levaram a redução da sua utilização no RN. É muito eficaz no controlo dos sintomas gastrointestinais e do SNC. No entanto, é pouco eficaz no controlo das convulsões. Duração média do tratamento é de 17 dias, mas pode ser necessário durante 40 dias. Efeitos secundários incluem disfunção cerebelar, diminuição do limiar convulsivo e problemas hematológicos. É administrada por via oral ou intramuscular.
<b>Nalaxona</b>	A AAP refere que está contra indicada no tratamento de SAN pelo potencial risco de favorecer crises severas de abstinência e convulsões imediatas.

Fonte: Adaptado de Lemos [et al.]<sup>b</sup> (2004); Neonatal Handbook (2010); Silva (2005) e Pinto (2006)



**ANEXO IV:** Requerimento de pedido de autorização de recolha de dados



Exm<sup>a</sup> Senhora Presidente do Conselho de Administração do  
Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo – EPER

Assunto: Pedido de autorização para efetuar colheita de dados na Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos/ Neonatais desta instituição para fins de um estudo de investigação de âmbito académico.

Sílvia Maria Garcia Pereira, Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, a exercer funções na Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos/Neonatais desta instituição, encontra-se a frequentar, em horário pós-laboral, o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. No âmbito do referido curso está a desenvolver um trabalho de Investigação sobre “A experiência dos enfermeiros de Cuidados intensivos Pediátricos/Neonatais do Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo E.P.E.R. no cuidado aos recém-nascidos com Síndrome de Abstinência Neonatal e suas famílias” e vem por este meio solicitar a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> autorização para efetuar a colheita de dados relativos à incidência de internamentos destas crianças na Instituição entre Dezembro 2006 e Dezembro de 2010 e ainda para a realização de entrevistas aos enfermeiros da Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos/Neonatais que prestam cuidados às mesmas.

Desde já, grata pela atenção que possa vir a ser dispensada e coloca-se à disposição de V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente pede deferimento

---

Angra do Heroísmo, Janeiro 2011

Em anexo ao requerimento:

- Plano da Dissertação
- Instrumento de colheita de dados
- Consentimento Livre e Esclarecido





**ANEXO V: Autorização do estudo e colheita de dados**





REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES  
Secretaria Regional da Saúde  
Direcção Regional da Saúde  
HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DE ANGRA DO HEROÍSMO, EPE

Exma. Senhora  
Sílvia Maria Garcia Pereira  
Serviço de Pediatria

Vossa referência  
N.º:  
Proc.:

Vossa comunicação de

Nossa referência  
N.º.: INT-HSEAH/2011/1881  
Proc.:

Angra do Heroísmo,  
04-03-2011

**Assunto:** Pedido de autorização para colheita de dados no Serviço de Pediatria e Neonatologia

Serve o presente para informar Vossa Exa. que o Conselho de Administração após reunião de 3/3/2011, autorizou o seu pedido para efectuar colheitas de dados na Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos/Neonatais desta Instituição, para fins de um estudo de investigação de âmbito académico.

Com os melhores cumprimentos,

*João Enes*

*Enfermeiro Director*

/ct



**ANEXO VI: Consentimento Livre e Esclarecido**



**Mestrado de Saúde Infantil e Pediatria - Escola Superior de  
Enfermagem do Porto**

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito participar no trabalho de investigação com o tema “A experiência dos enfermeiros de Cuidados Especiais Pediátricos/Neonatais do Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo E.P.E.R. no cuidado aos recém-nascidos com Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN) e suas famílias”, tendo em conta os seguintes itens, acerca dos quais fui elucidado:

1. O objetivo do estudo é conhecer a experiência vivenciada pelos enfermeiros que prestam cuidados ao RN com SAN e suas famílias, visando a melhoria dos cuidados;
2. Trata-se de um trabalho académico, e como tal os resultados obtidos poderão ser publicados;
3. A informação será colhida através de uma entrevista conduzida pela investigadora. Esta será gravada em áudio e destruída após a sua transcrição. Prevê-se que tenha a duração de 30 minutos;
4. Não são previstos danos físicos ou potenciais efeitos colaterais;
5. A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa a qualquer momento, sem que daí advinha qualquer prejuízo;
6. O anonimato dos participantes será salvaguardado. O seu nome não irá constar na entrevista, nem na análise dos dados, sendo substituído por um número de código;
7. Caso surja necessidade de outra informação, dúvidas, reclamação acerca deste trabalho, os participantes deverão contactar a investigadora.

Agradeço desde já a sua participação na entrevista e grata pela sua colaboração.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Assinatura da entrevistadora \_\_\_\_\_

Contacto: Sílvia Pereira – 966165909/914749670





## **ANEXO VII: Unidades de registro**



<b>Tema:</b> A criança A (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> É difícil de cuidar A1 (os diversos motivos porque a criança é difícil de cuidar)	
<b>Subcategoria:</b> Difícil A1.1	
<b>Unidades de registo:</b>	
<p>“Pela minha experiência, que ainda não é muita, mas tenho apanhado várias crianças com este tipo de síndrome, não é muito fácil (...) E009</p> <p>“(...) pela minha pouca experiência, são crianças difíceis, mas tudo se consegue.” E009</p> <p>“Para mim é muito difícil trabalhar com estas crianças (...) E010</p> <p>“(...) estas crianças têm necessidades de cuidados difíceis de prestar (...) E010</p> <p>“(...) cuidar de uma criança já por si só, já é difícil, porque não consegue dizer o que se passa, quanto mais neste tipo de criança (...) isto também para nós é complicado, dificulta as nossas ações (...) E010</p> <p>“(...) principalmente nos primeiros dias, é um bebé difícil (...)” E010</p> <p>“(...) cuidar duma criança com abstinência é difícil (...) E012</p> <p>São bebés muito difíceis (...)” E012</p> <p>Bem, crianças em abstinência é complicado, são bebés difíceis de cuidar (...) E020</p> <p>“(...)continuam a ser crianças difíceis (...) E020</p> <p>“Para mim é sempre um pouco difícil trabalhar com estas crianças. São crianças que já em útero foram sujeitos a drogas e quando nascem entram, na maioria das vezes, em abstinência. (...)” E020</p>	

<b>Tema:</b> A criança A (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> É Difícil de cuidar A1 (os diversos motivos porque a criança é difícil de cuidar)	
<b>Subcategoria:</b> Inconsolável A1.2	
<b>Unidades de registo:</b>	
<p>(...) não há consolo possível, por mais que os pegue ao colo, feche a luz, ponha uma música calma, não há forma de os consolar(...) E012</p> <p>“(...) não há nada naquela fase aguda de abstinência que os faça consolar (...) E020</p> <p>“(...) é muito difícil consolá-la (...) E020</p>	

<b>Tema:</b> A criança A (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> É difícil de cuidar A1 (os diversos motivos porque a criança é difícil de cuidar)	
<b>Subcategoria:</b> Irritável A1.3	
<b>Unidades de registo:</b>	
<p>“(...) são crianças com uma grande irritabilidade (...)” E012</p> <p>“São crianças que estão sempre irritadas (...)” E018</p> <p>“São bebés muito agressivos, entre aspas claro, facilmente irritáveis (...)” E019</p>	

<b>Tema:</b> A criança A (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> É difícil de cuidar A1 (os diversos motivos porque a criança é difícil de cuidar)	
<b>Subcategoria:</b> Choro intenso A1.4	
<b>Unidades de registo:</b>	
<p>“São crianças que choram muito (...)” E009</p> <p>(...) uma criança que está sempre a chorar, mesmo a comer, eu defendo que quando a criança está a chorar ou é fraldinha, frio, ou fome, neste tipo de criança isto não se aplica de maneira nenhuma (...) E010</p> <p>“São crianças que têm um choro irritado (...)” E018</p> <p>“(...) têm um choro gritado que, às vezes, nos incomoda, por vezes estamos menos tolerantes ao choro (...)” E019</p> <p>“ (...) são miúdos que choram muito (...)” E020</p> <p>“(...) choro gritado que já não os podemos ouvir chorar.” E020</p> <p>“(...) a criança está a gritar um choro há mais de meia hora que incomoda (...)” E021</p> <p>“(...) pelo choro intenso (...)” E020</p> <p>“(...) choram constantemente (...)” E020</p> <p>[criança] (...) chorava períodos sem fim (...) E020</p> <p>[criança] choram ainda imenso (...) E021</p> <p>“coitadinho, deve ter muitas dores Sª enfermeira para chorar assim”, dizem eles.” E019</p> <p>(...) têm um choro mesmo gritado, contínuo (...) E009</p> <p>(...) estarem horas a fio a chorar (...) E020</p>	

<b>Tema:</b> A criança A (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> É difícil de cuidar A1 (os diversos motivos porque a criança é difícil de cuidar)	
<b>Subcategoria:</b> Padrões de sono e repouso alterados A1.5	
<b>Unidades de registo:</b>	
<p>“(...) às vezes é mesmo muito difícil adormecê-los, e finalmente quando conseguimos, queremos que eles durmam o máximo de tempo possível, o que é bom para eles, para o seu desenvolvimento, mas também, para os outros bebés e para nós (...)” E020</p> <p>“(...) são bebés que reagem mal aos estímulos (...) acordam facilmente (...)” E020</p> <p>“(...) são crianças que dormem no início uma hora pouco mais (...)” E021</p> <p>“ (...) e acima de tudo o que é mais difícil é manter as horas de repouso (...) eles reagem ao mínimo estímulo (...) E023</p> <p>“(...) as crianças querem o seu sossego e pouco movimento (...)” E010</p> <p>“(...) qualquer ruído eles despertam (...)” E019</p> <p>“(...) temos, também de estabilizar os níveis de vigília, ver se eles conseguem estar o máximo em repouso, o que nem sempre é fácil e pronto tentar protegê-los ao máximo.”E019</p> <p>“Estas crianças em relação aos RN’s normais são um bocadinho mais difíceis de cuidar, porque não (...) dormem como um RN normal (...) E020</p> <p>“(...) só o fechar da porta e o barulho da água eles acordam (...) E009</p>	

<b>Tema:</b> A criança A (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)
<b>Categoria:</b> É difícil de cuidar A1 (os diversos motivos porque a criança é difícil de cuidar)
<b>Subcategoria:</b> Padrão alimentar alterado A1.6
<b>Unidades de registo:</b>
<p>(...) está com fome dá-se leite nunca é suficiente (...) E009</p> <p>(...) são crianças difíceis de saciar (...) E018</p> <p>(...) são meninos sempre insaciáveis (...) E019</p> <p>De resto, a parte da alimentação são bebés que às vezes é difícil de saciar (...) E020</p> <p>(...) comem mal (...) E020</p> <p>(...) come e que não fica satisfeita (...) E010</p> <p>(...) são bebés muito sôfregos e quando comem mais a maior parte das vezes ficam mais sossegados e depois também o reverso, comem mais e têm maior risco de vomitar com mais frequência (...) E021</p> <p>(...) estão constantemente ou aparentemente com fome, sôfregos, comem, comem e acabam por vomitar porque normalmente comem para além das suas necessidades, uma alimentação que não é a adequada. E021 [criança] (...) têm, também, dificuldade na alimentação (...) E021</p>

<b>Tema:</b> A criança A (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)
<b>Categoria:</b> É difícil de cuidar A1 (os diversos motivos porque a criança é difícil de cuidar)
<b>Subcategoria:</b> Irrequieta e difícil de acalmar A1.7
<b>Unidades de registo:</b>
<p>(...) a ressaca é igual a de um adulto, a agitação (...) E020</p> <p>(...) não saem do serviço, como uns anjinhos, sossegados, calmos, não, eles aparentam sempre ser mais agitados. E020</p> <p>[crianças] "(...) irrequietas (...) " E009</p> <p>(...) o bebé está muito irrequieto (...) E009</p> <p>A determinada altura, é por fases, torna-se irrequieto (...) E015</p> <p>(...) pela agitação, ou mesmo pela própria ressaca, entre aspás, à droga (...) E020</p> <p>(...) bebé muito agitada (...) E020</p> <p>(...) estão mesmo muito irrequietos (...) E020</p> <p>"(...) são difíceis de acalmar (...) " E018</p> <p>"(...) e a maior parte das vezes, são difíceis de sossegar no colo, mesmo com contenção física (...) E020</p> <p>(...) são muito difíceis de acalmar (...) E020</p> <p>"(...) são difíceis de acalmar (...) " E020</p> <p>(...) e frequentemente, é difícil ter uma ação produtiva junto deles, porque são muito difíceis de acalmar(...) E020</p> <p>Da experiência que eu tenho foram dos RN's mais difíceis que eu cuidei nestes últimos 8 anos, porque não é muito fácil acalmá-los (...) E023</p> <p>"(...) eu acho que já disse isso, não as conseguimos acalmar (...) " E023</p> <p>"(...) fazemos tudo para acalmá-las, mas nunca é suficiente." E009</p> <p>(...) Às vezes, num bebé "normal" basta um simples colo para os acalmar, mas no bebé com SAN não é suficiente (...) E009</p> <p>Estas crianças mesmo com colo são difíceis de acalmar (...) E010</p> <p>(...) mesmo com o leitinho, e com estes confortos todos é muito difícil de as acalmar (...) E010</p> <p>(...) quando não os conseguimos acalmar colocamos na cadeirinha baloiço. E018</p> <p>[enfermeiros] (...) inquietarmos para os sossegar (...) E020</p>

(...) difíceis de acalmar (...) E020	
"(...) são difíceis de acalmar (...)" E018	

<b>Tema:</b> A criança A (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> É difícil de cuidar A1 (os diversos motivos porque a criança é difícil de cuidar)	
<b>Subcategoria:</b> Insuportável A1.8	
<b>Unidades de registo:</b>	
"Cuidar de crianças com abstinência é uma situação mais difícil do que cuidar de outras crianças, é mais difícil porque a determinada altura, tornam-se insuportáveis (...)" E015	
"(...) são bastante insuportáveis coitadinhos, não têm a culpa, mas é verdade(...)" E020	

<b>Tema:</b> A criança A (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> É difícil de cuidar A1 (os diversos motivos porque a criança é difícil de cuidar)	
<b>Subcategoria:</b> Exigente A1.9	
<b>Unidades de registo:</b>	
(...) exigem muito de nós e dependem muito de nós (...) E018	
(...) exigem muito de uma pessoa, não só fisicamente como psicologicamente. E020	
"(...) porque são crianças que precisam de muita atenção, mais tempo para elas, para dar o conforto necessário, que às vezes não é o suficiente, não é muito fácil de lidar, mas com esforço, dedicação e vontade sempre se consegue." E009	
"(...) é muito difícil calcular as horas por dia que estas crianças dependem e precisam de nós, é muito difícil na minha opinião ter ali um enfermeiro sempre presente (...)" E010	
"(...) temos de ter mais tempo disponível para eles (...)" E012	
"(...) geralmente são bebés que nós despendemos mais do nosso tempo, são privilegiados em relação aos outros (...)" E018	
"(...) às vezes se temos a unidade cheia é um bocado mais complicado ainda, porque são bebés que querem colo, atenção e nós não a podemos dar, torna-se um ciclo vicioso em que é, às vezes, difícil dar resposta (...)" E018	
"(...) temos de estar sempre atentas, sempre despertas junto deles e nem sempre é fácil(...)" E019	
"(...)quando o serviço está cheio é difícil estar sempre junto deles, eles requerem muito da nossa disponibilidade." E019	
"(...) mudar a roupa quinhentas vezes por dia, é uma forma de dizer (...)" E020	
"(...) É necessário ter uma atenção redobrada em tudo." E020	
"Passamos mais tempo com eles do que um Rn normal (...)" E020	
"(...) exige de nós uma maior disponibilidade de tempo a ocupar com aquele bebé. E020	
"(...) o que despende depois maior tempo de prestação de cuidados com eles do que com os outros. E021	
(...) ocupam-nos muito tempo, quando o serviço está cheio, é muito complicado dar atenção a estes bebés (...)" E009	
(...) damos mais colinho do que aos outros bebés ou de cadeirinha ou no ovo (...)" E018	

<b>Tema:</b> A criança A (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> É difícil de cuidar A1 (os diversos motivos porque a criança é difícil de cuidar)	
<b>Subcategoria:</b> Difícil controle da sintomatologia A1.10	
<b>Unidades de registo:</b> <p>“(…) também, numa fase inicial quando entravam não estavam bem, eram avaliados, mas não estavam a fazer a terapêutica adequada, por isso era muito difícil prestar cuidados a estes RN’s com alterações físicas, neurológicas, gastrointestinais (...) E023</p> <p>“(…) no início são mais difíceis de controlar os sintomas até iniciar a medicação (...) E010</p> <p>(…) não é de uma hora para a outra, é um processo longo, até apresentar os 3 scores de 8, até iniciar terapêutica, até esta começar a fazer efeito e atenuar os sintomas, sim porque é só atenuar, eles não desaparecem totalmente (...) E020</p>	

<b>Tema:</b> A criança A (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> Em sofrimento A2	
<b>Subcategoria:</b> Que se percebe A2.1	
<b>Unidades de registo:</b> <p>“(…) criança que sofre (...)” E010</p> <p>“(…) que tem um sofrimento complicado de controlar (...)” E010</p> <p>“(…) e o olhar dos pais dos outros bebés como se me tivessem a pedir para eu fazer alguma coisa para acabar com aquele sofrimento intimida-me (...)” E019</p> <p>[bebés]“(…) eles estão a sofrer (...) E020</p> <p>[pais]“(…) mas não querem ver aquela criança sofrer daquela maneira (...)” E021</p> <p>“(…) começam naquele episódio de angústia total.” E009</p> <p>“(…) pela agonia do bebé (...)” E015</p> <p>(…) ver o bebé a sofrer (...) E010</p>	

<b>Tema:</b> A criança A (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> Em sofrimento A2	
<b>Subcategoria:</b> Sintomatologia exacerbada A2.2	
<b>Unidades de registo:</b> <p>“São meninos que têm sudorese intensa, tremores, rigidez muscular (...)” E019</p> <p>“(…) sudorese intensa, tremores, uma rigidez muscular(...)” E020</p> <p>(…) com alterações a nível de sucção, apresentam escoriações, arranham-se todas, por isso colocamos sempre umas luvinhas nas mãos, mas nunca chegámos ao ponto de ter crianças a convulsar.” E018</p> <p>“Transpiram imenso, podem regurgitar, vomitar, costumam estar com uma sucção excessiva (...) E009</p> <p>“A nível da sucção excessiva, estamos a olhar para ele e ele está numa aflicção, leva aquelas mãos à boca (...)” E015</p> <p>(…) como é difícil de ver aquelas escoriações perianais, os eritemas, o choro, os vómitos por beberem leite a mais, para ficarem saciados ou devido a um efeito secundário da medicação (...) E018</p> <p>(…) tem sucção excessiva, sugam com muita força, podem se engasgar.” E020</p> <p>[crianças] (...) bolsaram (...) E020</p> <p>“(…) estão super suadas (...) E020</p> <p>“(…) diarreia (...) E021</p> <p>(…) diarreia, que é também um sintoma destes meninos, e eritema perianal. E019</p> <p>(…) regurgitações (...) E021</p>	

<b>Tema:</b> Os Pais (como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> Têm dificuldades B1 (dificuldades dos contextos)	
<b>Subcategoria:</b> Dificuldades socioeconómicas B1.1	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>(...) que viviam com fracas condições habitacionais (...) E009</p> <p>(...) vivem em bairros pouco estruturados (...) E015</p> <p>(...) regra geral são famílias de classes sociais baixas (...) E020</p> <p>(...) de condições sociais baixas E010</p> <p>(...) são da classe média baixa (...) E018</p> <p>Se existe na classe média alta esses nunca aparecem. E021</p> <p>“Os casos que apanhei eram famílias com poucas posses monetárias (...) E009</p> <p>“(...) alguns mesmo desempregados naquele momento, e isso influencia muito, o à vontade deles, o facto de até conseguirem ganhar alguma confiança em nós (...)”E009</p> <p>Geralmente são famílias que têm o rendimento mínimo, ou trabalham (...) E018</p> <p>“(...) recebem subsídios (...) E018</p> <p>“(...) tem empregos precários (...) E015</p> <p>Aqui na unidade já tivemos muitos casos complicados, familiares, pai e a mãe, que roubavam coisas no serviço, pomadas, cremes, compressas, tudo o que conseguiam apanhar, já tivemos um caso de uma mãe que na rua prostituía-se, cá dentro, também, começou a tentar alguma coisa nesse modo de vida e tivemos que atuar imediatamente e pronto de uma forma geral é um bocado isso.” E010</p> <p>São pais com dificuldades económicas (...) E023</p>	

<b>Tema:</b> Os Pais (como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> Têm dificuldades B1 (dificuldades dos contextos)	
<b>Subcategoria:</b> Baixo nível cultural B1.2	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>“(...) são famílias com grau de escolaridade baixo (...) e por arrasto tem algumas incapacidades a nível cognitivo, se assim posso dizer, e isto dificulta muito a situação. E010</p> <p>(...) são muito difíceis, porque geralmente, estas famílias toxicodependentes têm um estudo muito baixo (...) o que torna uma conversa difícil, conversas muito básicas (...) E015</p> <p>(...) com baixas habilitações literárias. E021</p>	

<b>Tema:</b> Os Pais (como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> São Peculiares B2 (como os enfermeiros os definem/caracterizam)	
<b>Subcategoria:</b> Desorganizados enquanto família B2.1	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>(...) vivem em famílias desorganizadas (...) E015</p> <p>(...) são famílias desorganizadas (...) E015</p> <p>“(...) mas também não vamos estar aqui a fazer de contas que é uma família feliz e completamente organizada, porque não é.”E015</p> <p>Nós sabemos que ele vai para uma família desorganizada (...) E015</p> <p>Em quase todas as famílias existe um suporte familiar, principalmente os avós, porque são eles que vão dar suporte e cuidar das crianças, em termos de bens essenciais e educação, são eles que os</p>	



<p>criam, ficam nas suas casas, tem uma vigilância maior sobre eles. E018</p> <p>(...) pois fisicamente precisam de ajuda, e são pessoas que não tem apoio de lado nenhum, embora a família ajude sempre, é mais fácil comprar no dia a seguir do que procurar ajuda.E021</p> <p>(...) são famílias complicadas (...) que o grande suporte muitos dos casos são os avós. E023</p>	
---	--

<b>Tema:</b> Os Pais (como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida)	<b>Indicadores:</b>
<b>Categoria:</b> São Peculiares B2 (como os enfermeiros os definem/caracterizam)	
<b>Subcategoria:</b> Problemáticos B2.2	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>(...) pois sabemos que são famílias problemáticas (...) E019</p> <p>Numa percentagem grande um dos problemas destas crianças tem a ver, também, com a família que vem atrás. E010</p> <p>(...) mas normalmente os dois são consumidores e estão no programa da metadona. E018 (Doentes)</p> <p>(...) acho que até posso contar uma situação caricata em que tivemos um casal em que o filho, eles nem eram casados, tinham o rendimento mínimo e foi-lhes atribuído uma casa, eles estavam muito contentes que iam ter uma casa, eu estava de serviço com uma colega, entretanto eles foram ver a casa, e além de terem o rendimento mínimo, e terem todas as condições para tratarem do seu bebé, quando foram ver a casa voltaram muito revoltados (...) E018</p> <p>[pais] (...) é o termo certo, revoltados (...) E018</p> <p>[pais] (...) pessoas muito revoltadas (...) E021</p> <p>(...) é interessante porque apesar dos pais terem algumas vezes atitudes de revolta (...) E018</p> <p>(...) ou de serem mais agressivos verbalmente (...) E018</p> <p>[mães] (...) às vezes são agressivas (...) E012</p> <p>(...) uma vez tive uma situação com uma senhora que estava a andar com o bebé para trás e para a frente e abaná-lo e alertei-a para não o fazer, que era pior para o bebé, mas respondeu-me muito agressiva, não gostou que a tivesse chamado a atenção, respondeu que ela é que sabia o que era melhor para o seu filho. E012</p> <p>[pais] (...) chegaram aqui um bocadinho com agressividade verbal (...) E018</p> <p>[mães] (...) agressivas (...) E021</p> <p>“(...) os que são mais agressivos, para nós equipa de enfermagem, é mais uma agressão verbal (...) E018</p> <p>[pais] (...) normalmente são autoritários (...) E019</p> <p>Quando temos pais mais exigentes (...) E018</p> <p>(...) então a postura deles era, que tinham lhes dado uma casa que só tinha dois quartos, um para eles e outro para o bebé e até disseram que quem lhes deu a casa não pensou que eram um casal jovem e que podiam ter mais filhos, portanto deviam ter-lhes dado uma casa maior(...) E018</p> <p>(...) mas é a realidade, é a noção que estes pais tem tudo, mas mesmo assim nunca é suficiente (...) E018</p> <p>(...) pedir mais, acho que é cada vez mais uma habituação deles próprios. E018</p> <p>[pais] (...) eles entram no sistema que toda a gente deve dar apoio a eles (...) E015</p> <p>[pais] (...) por isso daí a necessidade de mentir (...) E018</p>	<p>Revoltados</p> <p>Agressivos verbalmente</p> <p>Exigentes</p> <p>Mentirosos</p> <p>Manipuladores</p> <p>Orgulhosos</p> <p>Desconfiados</p> <p>Descuidados</p>

<p>(...) às vezes, mentem e dizem que têm de sair por algum motivo e vão embora, outras vezes até poderá ser verdade, deixam o bebé ao nosso cuidado e saem (...) E009</p> <p>(...) outras vezes a própria questão da informação ser válida ou não. E010</p> <p>(...) porque eles são muito mentirosos (...) E012</p> <p>(...) as mães mentem e não estão a cumprir o programa de metadona, ou injetam-se ou fumam outras drogas (...) E018</p> <p>(...) geralmente elas mentem (...) E018</p> <p>(...) é muito raro uma mãe dizer a verdade (...) E018</p> <p>São pais que não são muito verdadeiros (...) E018</p> <p>(...) dizem muitas mentiras (...) E018</p> <p>(...) então não vale a pena andar ali à roda com mentiras ou estratégias de fuga, porque ou nós descobrimos na altura ou acabamos por descobrir mais tarde. " E018</p> <p>[pais](...) tentam manipular-nos e dar-nos a volta (...) E010</p> <p>São pais que à partida tentam nos manipular muito (...) E023</p> <p>(...) eles tentam manipularmos sempre (...) E023</p> <p>[pais] (...) orgulhosos (...) E019</p> <p>(...) eles desconfiam sempre de nós, eu tive uma experiência com um pai, em que o bebé tinha um eritema muito acentuado e ele dizia aos outros pais para vigiarem-nos na horas dos cuidados, porque nós é que não limpávamos bem o rabinho (...) E023</p> <p>[pais] (...) desconfiavam mesmo de nós. E023</p> <p>(...) um dos problemas que nós às vezes temos com as famílias é os próprios cuidados de higiene, às vezes temos mães que não se suporta o cheiro e quando vão embora arejamos a sala (...) E020</p> <p>(...) houve um caso de um bebé que todos os dias depois da mãe ir embora dávamos banho ao bebé ou mudávamos a roupa que tinha o mau cheiro da mãe (...) E020</p>	
---	--

<b>Tema: Os Pais (como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida)</b>	
<b>Categoria: São Peculiares B2 (como os enfermeiros os definem/caracterizam)</b>	
<b>Subcategoria: Papel de vítimas B2.3</b>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>[os pais] (...) dizem logo que não têm dinheiro, que não têm condições mínimas para poderem tratar e assegurar aquilo que a criança necessita, geralmente eles têm o rendimento mínimo, outros até trabalham, outros, em que lhes é inclusive dado casa. E018</p> <p>[pais] (...) Geralmente não tem grandes dificuldades, eles alegam sempre que sim (...) E018</p> <p>(...) o que me custa às vezes lidar com estes pais é que se põe num papel de vítima (...) E015</p> <p>[pais] (...) chegam e dizem "estou com dores de cabeça, muito mal disposta, quando tomo a metadona fico assim", "vou para o trabalho fico cheio de suores frios", e põem-se no papel de vítimas (...) E015</p> <p>[pais] (...) fazem-se vítimas da sociedade. E023</p>	

<b>Tema:</b> Os Pais (como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> São Peculiares B2 (como os enfermeiros os definem/caracterizam)	
<b>Subcategoria:</b> Jovens e desgastados B2.4	
<b>Unidades de registo:</b>	
[pais] (...) jovens e desgastados, (...) E021	
(...) mas na maioria, são pais jovens, embora acabados (...) E023	
[pais] (...) parecem muito mais velhos (...) E023	
(...) tivemos um caso de uma mãe que parecia ter 40 anos, e era muito mais nova do que eu, 23 anos (...) E023	

<b>Tema:</b> Os Pais (como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> São Peculiares B2 (como os enfermeiros os definem/caracterizam)	
<b>Subcategoria:</b> Doentes B2.5	
<b>Unidades de registo:</b>	
[pais] (...) a maioria com hepatite B e C (...) E021	
"(...) temos tido casos de hepatite C, sífilis, não me lembro de nenhuma mãe seropositiva (...) E010	
(...) e já tivemos um caso em que o pai, muito jovem, tentou-se suicidar, outro em que teve de ficar internado em S. Rafael e iniciar tratamento, entre outros que agora nem me lembro (...) E021	
Tive uma experiência com uma mãe que consumia e acabou por suicidar-se (...) E023	
(...) normalmente os dois são consumidores e estão no programa da metadona. E018	

<b>Tema:</b> Os Pais (como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> São Peculiares B2 (como os enfermeiros os definem/caracterizam)	
<b>Subcategoria:</b> Responsáveis pela situação B2.6 (os enfermeiros culpabilizam os pais)	
<b>Unidades de registo:</b>	
(...) quer queiramos quer não, pensamos sempre que a culpa daquele bebé estar naquela situação é pela irresponsabilidade dos pais (...) E021	
"(...) às vezes, na maioria, acho eu, a nível de enfermagem temos aquela ideia que os pais, a mãe principalmente, é culpada pelo filho estar daquela forma, mas com o tempo vejo que isso está a melhorar, não sinto uma atitude condenatória por parte dos enfermeiros (...)" E009	
(...) nós somos seres humanos, com princípios, valores, sentimentos, e são crianças que alteram a nossa postura, alteram não na nossa prestação de cuidados, mas a nível sentimental, porque temos de fazer um esforço redobrado, cuja patologia é induzida pela mãe (...) E018	
(...) não estão aqui por qualquer coisa orgânica, eles estão aqui é por outra situação relacionada diretamente pelo comportamento materno." E018	
"(...)ver um RN a sofrer por culpa de uma mãe, o pai que não aparece, ou está na cadeia ou está prestes a ir para a cadeia, nunca está cá com o menino, uma mãe que está em casa, que não trabalha, vai à metadona, vem para aqui stressada, toda suada, etc., não é aquele ideal de família feliz." E015	
(...) Ela tem que perceber que nós não estamos aqui para rir e brincar, ela tem a perfeita noção que foi a única responsável (...) E015	
(...) se ela está à procura de responsáveis quando pergunta porque é que o bebé está assim, a única responsável é ela, e digo isto claramente porque ela sabe (...) E015	
(...) mas cabe a nós não as julgar, o que às vezes é difícil, porque estes meninos estão a sofrer pelo que as mães fizeram, pelo consumo de drogas (...)"E019	
(...) porque aquele menino está assim porque a mãe consumiu droga (...)" E019	

<p>(...) é difícil não pensar como é que alguém pode ter feito isto, ou mais ainda e não querendo julgar, já que aconteceu, pelo menos remediar o erro e estar sempre presente para ajudá-lo a ultrapassar (...) E020</p> <p>(...) por exemplo temos um bebé internado por um motivo qualquer e se os pais telefonarem a dizer que não podem vir, a gente compreende, mas com estes pais a gente já fica na retaguarda, ou seja, começamos a questionar e a fazer juízos de valor, pois podem, também, ter outros filhos em casa e não podem vir (...) E023</p> <p>(...)se elas consomem, e se sabem as influências, se continuam é porque querem, pois sabem o mal que estão a fazer ao seu bebé, algumas já não é o primeiro filho. E012</p> <p>(...) por exemplo uma mãe que me diga assim “porque é que ele está assim coitadinho?” e eu digo, ele está assim porque a senhora tomou drogas. Eu sei que isto não é muito correto (...) E015</p> <p>(...) para a mãe perceber que não é fácil assistir a isto, pelo qual ela fez a bebé passar. “ E020</p> <p>(...) quer queiramos quer não, pelos olhares das pessoas, sejam profissionais de saúde ou outros pais que os culpabilizam e vêem-os como criminosos, entre aspas claro.E023</p> <p>Geralmente não gosto de trabalhar com estas famílias, mas isso não influencia a minha prestação de cuidados, faço por eles não notarem isto em mim, mas geralmente não gosto porque são os culpados pelo bebé estar assim (...) E015.</p>	
---	--

<b>Tema:</b> Os Pais (como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> São Peculiares B2 (como os enfermeiros os definem/caracterizam)	
<b>Subcategoria:</b> Sentem vergonha e culpa B2.7	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>[pais] (...) pois eles têm vergonha (...) E010</p> <p>(...) há pais que tentam passar despercebidos no serviço, porque têm vergonha de estarem neste caminho, neste azar às vezes (...) E010</p> <p>Eu acho, também, que eles não se sentem bem no internamento, normalmente há uma carga muito negativa, por serem toxicodependentes, normalmente os outros pais perguntam o que é que o filho deles tem, e eles não dizem, inventam outro motivo, têm vergonha (...) E023</p> <p>Claro que os pais mais difíceis, em termos de comunicação, também se calhar são os que se sentem mais culpabilizados (...) E021</p> <p>(...) os pais muitas vezes sentem culpabilizados pelo que está acontecer ao bebé (...) E021</p> <p>[pais] (...) sentem alguma culpa (...) E012</p>	

<b>Tema:</b> Os Pais (como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida)	
<b>Categoria:</b> São Peculiares B2 (como os enfermeiros os definem/caracterizam)	
<b>Subcategoria:</b> Peritos na situação B2.8	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>“(...) eles são peritos no assunto, sabem tudo sobre a droga que tomam, quando vão ressacar, o que vai acontecer, a quantidade que precisam, aquilo que pretendem (...)”E009</p> <p>(...) há uma percentagem de pais que têm um conhecimento ótimo dos sintomas, dos efeitos, que sabem quando é que os sintomas vão aumentar no bebé (...) E010</p> <p>(...) quando nós falamos em assistente social e proteção de menores estes pais já estão à espera, não há nenhum pai que seja contactado pela assistente social, que eles já não saibam quem é, já nem reagem de uma forma estranhada, eles não estranham, já sabem de tudo, estes pais já sabem tudo, não vale a pena estar aqui coitadinhos, porque já sabem quem é esta gente toda. E015</p>	

<p>(...) são pais que estão por dentro de todos estes sistemas, já sentem medo quando ouvem falar da proteção ou tribunal de menores, não tanto na assistente social (...) E012</p> <p>[pais] (...) vêem naquele bebé os sintomas que costumam também ter quando ressacam. E021</p> <p>(...) acho que eles revêem-se muito nos sintomas que a criança apresenta que eles costumam, também, ter com a falta da droga.E021</p> <p>(...) como é que se sentiam quando não tinham a dose no dia seguinte, comparam os seus sintomas com alguns dos bebés, eles às vezes perguntam, isto é como eu sentia quando estava em dependência (...) E021</p> <p>Normalmente são mães que já tiveram outros filhos sinalizados e seguidos pela assistente social da área de residência ou proteção de menores, quando eu digo aos pais que foi contactado a assistente social e que esta vem cá cima falar com eles, agem com a maior naturalidade, porque ao fim ao cabo eles já estão à espera disto (...) E015</p>	
--	--

<p><b>Tema:</b> Os pais no cuidado à criança C (Como o enfermeiro percebe o cuidado dos pais ao seu filho)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Dificuldades no cuidar C1 (há cuidados que não são capazes de prestar)</p>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>“(...) estes pais a nível de cuidados, comparando com os outros pais de outros bebés com outras patologias, nota-se inicialmente a nível dos cuidados mais dificuldades (...)” E009</p> <p>Em relação à alimentação, a maior parte das vezes eles iniciam, mas depois nós é que acabamos por dar, porque eles ficam desesperados com aquele descontrolo de sucção excessiva (...) E021</p> <p>(...) como choram muito, os pais ficam desesperados com eles ao colo e temos que intervir, porque não conseguem acalmá-lo. E021</p> <p>[pais] (...) não o conseguem acalmar de maneira nenhuma (...) E009</p> <p>Estou a lembrar de uma mãe que por mais que explicássemos, para não embalar o miúdo com tanta força e não andar detrás para a frente, ela não, fazia de outra maneira, talvez pelo desespero por ele não parar de chorar (...) E020</p> <p>É assim, a maior parte das vezes é muito difícil os pais conseguirem fazer alguma coisa com aqueles bebés (...) E021</p>	

<p><b>Tema:</b> Os pais no cuidado à criança C (Como o enfermeiro percebe o cuidado dos pais ao seu filho)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Competências no cuidar C2 (há cuidados que são capazes de prestar)</p>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>(...) normalmente as mães são autónomas a cuidarem do bebé (...) E015</p> <p>[mães autónomas] (...) a dar o banho (...) E015</p> <p>[mães autónomas] (...) a mudar a fralda (...) E015</p> <p>[mães autónomas] (...) a dar o biberão. E015</p> <p>[pais] (...) mudam a fralda (...) E009</p> <p>[pais] (...) com o tempo eles até a prestar os cuidados são bastante mais autónomos (...) E020</p> <p>(...) prestam todos os cuidados integrais ao seu filho (...) E021</p> <p>[pais] Normalmente prestam razoáveis a bons cuidados, um bocado a despachar e pronto, não se nota delicadeza, nem cuidado extremo, é para fazer e pronto. E023</p> <p>(...) com ou sem estudos, todos aprendem a cuidar dos seus filhos, com maior ou menor interesse do que outros, ou mais dificuldades ou facilidades (...) E012</p>	

<p><b>Tema:</b> Os pais no cuidado à criança C (Como o enfermeiro percebe o cuidado dos pais ao seu filho)</p>	<p><b>Indicadores:</b></p>
<p><b>Categoria:</b> Atitudes no cuidar C3 (atitudes quando cuidam dos filhos)</p>	
<p><b>Subcategoria:</b> Favorecedoras da parentalidade e vinculação C3.1</p>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>[os pais] (...) ficam preocupados pelo bebé estar daquela forma (...) E012</p> <p>[pais] (...) tentavam fazer alguma coisa e mostravam-se preocupados (...) E012</p> <p>[pais] (...) querem colaborar (...) E012</p> <p>[pais] (...) manifestam algum interesse (...) E012</p> <p>(...) preocupam-se, não são todos, há pais e pais, não podemos generalizar (...) E012</p> <p>[pais] (...) estão preocupados se a criança vai ter consequências futuras daquele consumo de drogas (...) E021</p> <p>Outros mostram-se interessados, gostam dos filhos, tinham simplesmente um problema de droga, quase todos estavam na metadona (...) E023</p> <p>[pais] (...) procuram prestar os cuidados (...) E023</p> <p>[mães] (...) por vezes, são interessadas.E023</p> <p>(...) embora até pais presentes (...) E010</p> <p>(...) a maioria das situações, que eu me lembro são pais presentes nos cuidados (...) não acho que haja uma desvinculação nestes pais com a criança(...) E012</p> <p>[pais] (...) a maioria estavam presentes nos cuidados (...) E012</p> <p>(...) quando tínhamos aqueles 4 bebés ao mesmo tempo, os pais estavam todos presentes, era uma barulheira no meio daquele choro todo (...) E012</p> <p>[pais] (...) existem outros que são muito presentes (...) E021</p> <p>[pais] (...) percebem que é uma situação comum nestas crianças e que colaboram, mas o vínculo mãe-bebé, no início fica muito aquém do que aquele que nós desejaríamos para um RN, é um vínculo diferente. E021</p> <p>Eu tive experiência com pais muito presentes, outros nem tanto (...) E023</p> <p>(...) alguns eram pais que vinham cá com alguma frequência porque tinham receio que os filhos lhe fossem retirados, e depois a assistente social pergunta se são pais presentes, se estão interessados, por isso alguns deles vinham para aqui para o filho não ser retirado. Houve casos em que foram mesmo retirados, mas temporariamente. E023</p> <p>[pais] (...) quando começam a participar mais nos cuidados, fazendo coisas simples e vêem que eles acabam por acalmar, vão ficando mais presentes, e isso, também, vai-lhes fazendo bem (...)” E009</p> <p>(...) quando a mãe estava presente sentia-se que havia vinculação, a primeira coisa que ela chegava era pegar na miúda ao colo (...) E020</p> <p>A maioria dos pais faz os cuidados com atenção e com carinho (...) E010</p> <p>[pais] (...) querem aprender a tomar conta do seu filho (...) E010</p> <p>[pais] (...) são carinhosos com ele (...) E010</p> <p>(...) mas na maioria nota-se que são pais atenciosos (...) E010</p> <p>(...) foi num sábado e o bebé foi retirado aos pais, veio a policia ao serviço, com receio do comportamentos dos pais, mas estes não resistiram e desataram sim aos gritos, choraram imenso (...) E010</p> <p>Lembro-me de uma mãe em prisão domiciliária, com pulseira eletrónica e o pai estava na cadeia, este só veio ver o filho uma vez, e a mãe tinha as horas controladas para poder ver o seu filho, mas a dedicação, as lágrimas daquela mãe eram sinceras (...) E019</p> <p>As mães, e falo nas mães, porque estas vem mais do que os pais, algumas não têm qualquer relacionamento com os filhos, mas outras têm, pegam no bebé ao colo, fazem carinhos, mas também</p>	<p>Interesse</p> <p>Presença</p> <p>Preocupação</p> <p>Atenção e carinho</p> <p>Vontade de mudar</p>

<p>fartam-se depressa (...) E023</p> <p>(...) muitas das mães quando descobrem que estão grávidas tentam mudar (...) o que muitas vezes elas não sabem é que mesmo com o tratamento tem risco do bebé apresentar abstinência.” E009</p> <p>(...) temos uma percentagem pequena de famílias que não dão problemas nenhuns, nota-se que tiveram este azar, este problema e que estão a tentar lutar contra isso (...) E010</p> <p>(...) há pais que vêm o bebé como um novo fôlego para iniciar uma nova vida (...) E010</p> <p>[Pais] (...) mas não se pode generalizar, pois existe casos de sucesso de indivíduos com esses problemas que querem dar um rumo à vida (...) E010</p> <p>[pais] (...) que tiveram um azar pelo caminho, mas estão a tentar, também, dar um rumo à vida, agora se conseguem ou não, já é outra história. E010</p> <p>[Mãe] (...) ela própria dizia que ele era a força para ela conseguir sair da má vida, e que por ele era capaz de tudo, temos aqui um motivo para a mudança. E019</p> <p>(...) neste último caso que tivemos, os filhos são uma bênção e uma ajuda para saírem do mundo da droga, esta mãe dizia que ia agarrar-se à filha com todas as suas forças e que era um incentivo para continuar na metadona (...) E023</p> <p>(...) a vinda de um filho a fez pensar na vida que tinha e que vida queria ter (...) E023</p> <p>(...) mas quando há uma maior vinculação começam a mudar e a dar mais importância a pequenas coisas, mudam mais vezes a fralda, perguntam se está muito apertado ou não, se está bem vestido, tudo certinho, noto uma evolução do início do tratamento ao fim, tanto a nível de interesse, como o conseguir fazer bem e fazer melhor (...) E009</p> <p>(...) a preocupação deles inicial é em relação à medicação: “quando é que começam a reduzir a dose?”, “quando para a medicação?”, perguntam “para quando é a alta?”. Tentamos explicar tudo com muita calma, que isso depende muito da evolução do bebé, no início faz-lhes muita confusão, mas depois compreendem a situação e vão-se preocupando com outras coisas, mostrando-se mais interessados, perguntam mais perguntas sobre o bebé, como fazem isto ou aquilo, noto uma grande evolução positiva nestes pais desde o início do internamento.”E009</p>	
---	--

<p><b>Tema:</b> Os pais no cuidado à criança C (Como o enfermeiro percebe o cuidado dos pais ao seu filho)</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <p>Impaciência Ausência Desinteresse</p>
<p><b>Categoria:</b> Atitudes no cuidar C3 (atitudes quando cuidam dos filhos)</p>	
<p><b>Subcategoria:</b> Dificultadoras da parentalidade e vinculação C3.2</p>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>[pais] (...) eles acham que é uma seca estar ali todo o dia sem fazer nada a ver o bebé dormir.E019</p> <p>[pais] (...) são pessoas muito impacientes (...) E023</p> <p>[pais] (...) mesmo quando estão cá, estão sempre a olhar para o relógio e andam de um lado para o outro. E019</p> <p>[pais] (...) No geral, inicialmente parece que ficam numa fase de negação, ausentam-se muito (...) E009</p> <p>[pais] (...) Depende, inicialmente são mais ausentes (...) principalmente mais no início (...) E009</p> <p>Eles vêm visitar os filhos só de vez enquanto, e ficam sem aparecer 2 ou 3 dias (...) E010</p> <p>São pais pouco presentes, vêm por curtos espaços de tempo (...) E018</p> <p>[pais] (...) para eles como é difícil de acalmá-los então a maneira mais fácil é afastarem-se (...) E018</p> <p>(...) geralmente ficam mais presentes quando estão mais próximos da alta, já o bebé está bem, mesmo vésperas da alta, de resto durante o internamento prolongado são pais muito ausentes nos cuidados. E018</p> <p>(...) são pais pouco presentes (...) E019</p> <p>Existe um relacionamento, embora possa ser mais superficial, entre o bebé e a mãe, o pai é que, às vezes, aparecia um bocadinho, era raro o pai aparecer, aí acho que não havia vinculação nenhuma, não</p>	

parecia que o pai desse importância, estava sempre cheio de pressa e a mandar a mãe despachar-se.

E020

(...) a maioria dos pais acabam por ser mais ausentes, porque como os bebés estão numa fase de adaptação à medicação que estão a fazer (...) acabam por se afastar um bocadinho, não em fase de rejeição (...) E021

[pais] (...) até as crianças estarem mais estabilizadas é rara a sua presença física no serviço (...) E021

Estou a lembrar de uns, em que a mãe tinha pulseira eletrónica, por isso passava pouco tempo cá e o pai estava preso (...) E021

(...) os pais sabem o que é, mas nunca acreditam que vai acontecer o mesmo ao seu filho, e em vez de estarem ali ao lado dele fogem, desaparecem, não sei se é por cobardia (...) ou se é por culpa ou simplesmente por desinteresse." E020

(...) a experiência que eu tenho é que estes pais, no geral, estas mães, porque pela minha experiência é só mães, os pais nunca aparecem, a maioria quase que não aparece (...) E015

(...) a mãe passava pouco tempo no serviço (...) E020

(...) são pais mais desligados e despreocupados. (...) E009

Eles estão ansiosos, mas com outras coisas, não propriamente com os cuidados que têm de prestar ao filho. E009

[pais] (...) normalmente o interesse não é muito, fazem os cuidados a correr (...) E009

Pois eu acho que as experiências que tive, não foram muitas, mas as que tive eram mães mais distantes (...) E019

[mães] (...) são mais despreocupadas (...) E019

[mães] (...) conseguem fazer os cuidados, mas mais despreocupadas (...) E019

(...) o que acabava-se por notar mais é que os próprios pais conviviam mais entre si do que com os seus próprios filhos. E010

Há um caso de um bebé que o pai também era toxicodependente e teve alta por volta da 10h da manhã do serviço e só chegou à noite a casa, os outros familiares andaram à procura deles e depois viemos a saber que andaram a passear de scooter pela ilha a mostrar o bebé a toda a gente, ele não comeu, nem prestaram cuidados nenhuns, sinceramente isto mostra que algumas pessoas não sabem bem o que é ter um bebé. E010

Ela vem prestar os cuidados ao menino, beijinho, beijinho, está tudo bem, andou, mas não significa que não haja vínculo. Eu para imaginar o nascimento de um filho, numa maternidade concreta real de um bebé que acabou de nascer, estes pais não apresentam aquilo que eu imagino, ou que vejo que é bonito não é, mas não quer dizer que na cabeça daquela mãe não haja vinculação, há vinculação, mas menos luminosa, menos brilhante. E015

(...) mas depois, alguns, claro, vinham cá só cumprir os seus horários, para não retirarem-lhes o filho, e a nível de rendimentos mínimos, abonos, ou seja, eles vinham cá cumprir, marcar o ponto, estavam ali um bocadinho e pronto. (...) são muito centrados neles próprios, nas suas necessidades, e não propriamente nas do bebé. E023

É raro, os pais apresentarem um apego aos filhos. (...) O vínculo não é estabelecido, os pais geralmente não relacionam-se com o bebé. E018

(...) depois temos aquela percentagem de pais que na minha opinião tentam ou que nos primeiros dias ficam nervosos, porque os filhos estão de ressaca e noutros não tão nem aí, ou até no mesmo dia de manhã estão nervosos e à tarde não se interessam (...) E010

(...) não tem nada a ver com aquela família ideal, que vem o pai logo de manhã preocupado (...) E015

[pais] (...) estão aqui por estar (...) E010

[pais] (...) mas também existem aqueles que já sabem tudo, que não precisam de aprender mais nada. E010

[vinculação] Esta está comprometida certamente, não só pela separação do filho à nascença, bem como pelos sintomas exacerbados que os assustam e os afastam mais (...) E023

(...) mas há pais que estão tanto habituados a terem tudo de mão beijada pela assistência social, que é mais um bebé a nascer, aproveitam para aumentar o abono de família. E010



<p>(...) e há uma grande percentagem de mães que continuam com problemas com drogas e casos gravíssimos, são pessoas que por diversas situações não dão um passo à frente, não evoluem. E010</p> <p>(...) até podem querer mudar, mas uma vez toxicodependente, toxicodependente para sempre (...) E019</p>	
---	--

<p><b>Tema:</b> Os sentimentos e as sensações no cuidar D (O que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Frustração D1</p>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>Às vezes, ficamos mesmo frustradas (...), queremos que elas fiquem bem (...) E009</p> <p>(...) naqueles momentos de grande frustração (...) E009</p> <p>(...) e não poder fazer nada, ou melhor fazer tudo e sem resultados ou poucos resultados (...) E020</p> <p>(...) Às vezes tudo não é suficiente.” E020</p> <p>(...) às vezes não conseguimos lidar com aquela falta de consolo (...) E015</p> <p>(...) sabemos que temos de fazer tudo para as ajudar. (...) fazemos de tudo, mas parece que nunca é suficiente (...) E009</p> <p>(...) porque parece que estamos a fazer tudo e ao mesmo tempo nada (...) E019</p> <p>(...) sem saber o que devemos fazer, depois de já termos tomado as medidas todas e mais algumas.” E021</p> <p>(...) chegar a um ponto de já não saber o que havia de fazer, desanimar com este tipo de doente (...).E010</p> <p>(...) não sabemos mais o que devemos fazer para os consolar (...) E012</p> <p>(...) porque uma pessoa, já não sabe o que fazer para os acalmar (...) E020</p> <p>(...) sem saber mais o que podemos fazer para os ajudar.”E009</p> <p>(...) e sentir-me impotente para ajudá-la (...) E012</p> <p>(...) por vezes sinto-me impotente (...) E019</p> <p>(...) É difícil lidar com esses meninos e com essas mães, por mais que não queiramos, por vezes sentimo-nos impotentes, e não é fácil mudar ideias quanto mais atitudes, também às vezes é uma questão de cultura. “E019</p> <p>(...) ficamos nós muitas vezes por incompetentes, por não conseguirmos acalmar os bebés. E020</p>	

<p><b>Tema:</b> Os sentimentos e as sensações no cuidar D (O que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Ansiedade D2</p>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>(...) é stressante sentir que eles estão a sofrer E020</p> <p>[enfermeiros] (...) ficamos stressados, irrequietos (...) E015</p> <p>(...) causa-me stress, não pela técnica que estamos a fazer, mas pela ânsia, pela agonia do bebé. E015</p> <p>[enfermeiro] (...) por vezes levam-nos um bocadinho ao desespero (...) E021</p> <p>“Nos primeiros tempos prestar cuidados na unidade a estas crianças era desesperante (...) E010</p> <p>[enfermeiro] (...) querer fazer alguma coisa por elas e não conseguir é desesperante.”E012</p> <p>[enfermeiro] “(...) torna-se desesperante (...) E020</p> <p>[enfermeira] (...) e desesperada em busca de estratégias para conseguir acalmá-la (...) e muitas vezes não consigo fazer nada, e ficam todos a olhar, pois não sabem o que se passa (...) E019</p> <p>(...) dá-me um nervoso miudinho, é muito difícil, para mim são das crianças mais difíceis de trabalhar (...)E010</p>	

<p>(...) e em mim provoca uma certa irritabilidade (...) " E012</p> <p>"(...) tivemos 4 bebés com SAN ao mesmo tempo e quando eles, e falo por mim, quando estavam todos a gritar ao mesmo tempo, tinha de me controlar, pois causa-nos muita ansiedade (...) E012</p> <p>(...) e stressadas (...) E009</p> <p>(...) e que entramos mesmo em stress (...) E009</p> <p>[enfermeiros recém-formados] (...) o que acontece, às vezes, é que quando chega à atuação prática (...) às vezes a dificuldade de os acalmar provoca-lhes ansiedade, é mais fácil nós acalmá-los, que temos mais experiência, somos mais calmos, pois aquele choro já não tem grande influência sobre mim, moldei-me a ele, desligo aquele botãozinho do som e já não fico tão ansiosa a tomar conta deles (...) E021</p>	
---	--

<p><b>Tema:</b> Os sentimentos e as sensações no cuidar D (O que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Cansaço D3</p>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>"São crianças que, às vezes nos deixam muito cansadas, para além delas ficarem cansadas, nós também ficamos (...)" E009</p> <p>(...) principalmente na fase aguda da doença, deixam-nos exaustas. E009</p> <p>Foi uma experiência esgotante, já nem queria vir trabalhar, parecia uma sinfonia, todos a chorar ao mesmo tempo, apetecia pôr algodão nos ouvidos (...) E010</p> <p>"São bebés que dão um desgaste muito grande à equipa, estão muito tempo internados (...)" E018</p> <p>(...) em que envolve muita coisa, os nossos sentimentos, o nosso desgaste (...)" E018</p> <p>"Cuidar destas crianças é uma tarefa difícil e desgastante (...)" E019</p> <p>(...) às vezes é mesmo desgastante (...) E020</p> <p>(...) e chegamos a casa e sonhamos com os bebés a chorar, acordo já cansada (...) E020</p> <p>(...) apesar de no fim já estarem mais calmos foi um longo e um stressante percurso até ali." E020</p> <p>(...) mas ao mesmo tempo dizemos: uff ainda bem que foram para casa, nunca mais chegava ao fim (...) E020</p> <p>(...) custa muito estar a prestar cuidados aos outros bebés e a ouvir estes sempre a chorar (...) E009</p>	

<p><b>Tema:</b> Os sentimentos e as sensações no cuidar D (O que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Revolta D4</p>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>"(...)Depois uma mãe que aparece só na hora de manipulação, incomoda-me, incomoda-me disto (...) E015</p> <p>"(...) a colega que estava comigo, ficou muito indignada e saiu da sala, e com muita razão, porque esfalfava-se a trabalhar para pagar um apartamento com as mesmas condições daquele que havido sido lhes dado (...)" E018</p> <p>(...) andam eles aqui a consumir drogas, existem programas gratuitos para eles, e ainda acham que todas as pessoas tem o dever de dar-lhes as coisas, eles não tem que lutar pelas coisas, e isto às vezes me revolta, é uma das coisas que cá no meu inconsciente (...) entram num grupo que não fazem nada, tomam a sua droga, o governo, ou melhor os outros é que dão e mesmo assim lamentam.E015</p> <p>(...) bem que por vezes, e falo por mim, é difícil de controlar certas reações, é uma certa revolta interior(...) E019</p>	

<b>Tema:</b> Os sentimentos e as sensações no cuidar D (O que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Sofrimento D5	
<b>Unidades de registo:</b>	
<p>“(…) há um sofrimento da nossa parte, o que torna difícil de atuar, principalmente nas primeiras horas, para mim é das coisas mais difíceis de trabalhar aqui na unidade (….) E010</p> <p>Eles sofrem, mas nós sofremos com eles, não é fácil abstermo-nos daquilo que eles estão a passar e porque estão a passar.” E010</p> <p>“(…) por vezes é mais difícil, e os primeiros sintomas desde controlar e mesmo para nós digerir porque as crianças choram muito, têm tremores, não é um choro de um RN nascido normal, incomoda, que entra no ouvido e dói (….) E021</p> <p>“(…) porque é muito difícil, é doloroso ver uma criança em síndrome de abstinência (….) E012</p> <p>(…) mas não foi fácil ver retiraram um filho dos braços de uma mãe. E010</p>	

<b>Tema:</b> Os sentimentos e as sensações no cuidar D (O que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Aflição D6	
<b>Unidades de registo:</b>	
<p>[o choro] (….) às vezes, até a nós faz confusão, mas estão doentes, é mesmo assim (….) o que custa mesmo muito é naquela fase inicial, aí deixam-nos mesmo aflitos, vê-los naquela situação (….) E009</p> <p>(…) é aflitivo, também, para nós, mas é aflitivo porque eu quero controlá-lo, quero que ele aprenda a pegar no biberão (….) E015</p> <p>(…) é aflitivo quando ele está com mãos e tudo na boca (….) E015</p> <p>“(…) acho que é mesmo aquele choro aflitivo, como se estivessem a pedir ajuda, que nos marca mais, é uma sensação difícil de descrever.” (….) E020</p> <p>(…) E ele é tão pequeno que assusta vê-lo passar por aquilo, pois a ressaca é igual a de um adulto (….) E020</p>	

<b>Tema:</b> Os sentimentos e as sensações no cuidar D (O que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Afeição D7	
<b>Unidades de registo:</b>	
<p>(…) são bebés que estão cá durante muito tempo, com um internamento prolongado, são bebés que tornam-se um bocadinho nossos e isso influencia a sua saída, porque apegamo-nos a eles (….) E018</p> <p>(…) damos muito de nós a eles, não só pela sua situação de doença, como o tempo de internamento, por ser muito prolongado há um apego maior (….)E018</p> <p>Quando eles têm alta custa-nos a vê-los ir embora sem saber o que vai ser deles, parece que levam um bocadinho de nós. Temos muitas dúvidas e incertezas como vão ser cuidados estes bebés em casa.” E018</p> <p>“Ficamos contentes quando vão embora e ao mesmo tempo com medo do que vai ser daquelas crianças, pois como passávamos muito tempo com elas cria-se um certo relacionamento e fica aquela coisa que eles vão embora e pensamos o que é que vai ser deles em casa (….) E020</p> <p>(…) não somos as mães deles, mas prestamos os cuidados como se fossem os nossos filhos (….) E020</p> <p>(…) a gente, também, se ri quando eles riem, dizemos que ficamos as tias deles, por isso quando eles vão embora ficamos com uma certa renitência, principalmente em relação às famílias que eles têm, apesar de pensarmos que vai correr tudo bem, pensamos como vai ser o seu crescimento, o envolvimento com a família (….)” E020</p>	

<b>Tema:</b> Os sentimentos e as sensações no cuidar D (O que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Satisfação D8	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>(...) eu sei que em algum momento eu consigo acalmá-los e a sensação, o prazer, o orgulho que nós sentimos, é que no meio daquele momento de crise ele tem um momento de paz, isto é uma coisa importantíssima para mim, consegui dar um momento de paz aquela criança. E015</p> <p>(...) conseguir que o bebé acalme e relaxe é uma coisa bonita de se ver. E015</p> <p>É sempre um desafio se eu consigo acalmá-lo, e a maior parte das vezes a gente consegue (...) E015</p> <p>Sinto-me satisfeita ao prestar cuidados a estas crianças, porque vemos a evolução do início até ao fim, a gente vê aquela fase desesperante inicial até ficarem mais calmos e isso dá-nos um alívio e um consolo, missão cumprida (...) E020</p> <p>(...) mas vindo destes pais (...) é compensador ouvir um “obrigado S<sup>a</sup> enfermeira”, sinto como se fosse uma oportunidade que lhes demos, que é o que falta muitas vezes nestes casos de toxicodependência (...) E019</p> <p>[os pais] (...) mas ao longo do internamento eles vão adquirindo mais confiança e vão-se sentindo melhor e participam mais nos cuidados ao filho e no fim saem contentes e agradecem a equipa pelo bebé sair bem.” E009</p> <p>(...) em regra geral eles saem do serviço, pelo menos aparentemente, pelo aquilo que nos dizem vão felizes e contentes.E020</p> <p>[pais] (...) até já tivemos situações em que os pais após a alta mandam-nos fotografias, do evoluir dos bebés que são colocadas no nosso placar, bebés de 1 ano 2, eles fazem questão de nos mostrar. E018</p> <p>[Pais tentam mudar] “(...) apesar de já ser tarde, mas mais vale tarde do que nunca, e isso já é um passo importante, que é de louvar (...)”E009</p> <p>Não é só porque uma pessoa não está bem, porque consome, é assim, é um passo muito grande ela estar na metadona, é sinal que quer sair, que quer mudar (...) E023</p>	

<b>Tema:</b> Os sentimentos e as sensações no cuidar D (O que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Desafio D9	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>(...) embora para mim possa, também, ser um desafio (...) E010</p> <p>(...) acho que é um desafio para os enfermeiros cuidar destas crianças e é por aí que eu tento encarar (...) E010</p> <p>(...) neste momento, é mais um desafio.” E010</p> <p>“Também gostava de acrescentar que, agora em relação ao RN, para mim é um desafio cuidar estes bebés (...) E015</p> <p>Mas também, como já disse é um desafio para nós (...) E015</p> <p>(...) dá-me um certo desafio prestar cuidados a estas crianças (...) E015</p> <p>(...) mas ao mesmo tempo, sem olhar para a família, é uma situação que desperta-me bastante interesse, porque testa a minha capacidade de conseguir pegar no bebé e acalmá-lo (...) E015</p>	

<b>Tema: Os sentimentos e as sensações no cuidar D (O que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família)</b>	
<b>Categoria: Reconhecimento D10</b>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>"(...) acho que a equipa está desperta para isto e temos conseguido intervir (...)" E010</p> <p>"(...) Em relação à prestação de cuidados, acho que fazemos os cuidados necessários e que toda a equipa está desperta para este problema. E012</p> <p>Em relação aos cuidados acho que a equipa está muito bem orientada, têm tido várias experiências, todas elas com aprendizagens e atuações diferentes." E012</p> <p>"(...) eu acho que nós prestamos excelentes cuidados, temos em atenção o cuidado integral do bebé, a sua saúde emocional e dos seus pais e não só o cuidado físico, e temos uma visão holística da família, pois não se pode ver a criança fora do contexto familiar." E018</p> <p>"(...)em geral a equipa é sensível, carinhosa, dão colinho (...)"E018</p> <p>"(...) acho que prestamos bons cuidados, qualquer um enfermeiro da equipa tem confiança quando o bebé vai para casa foi feito tudo por ele, os pais estão autónomos, pois depois não sabemos se mantêm os ensinamentos ou não, mas fazemos por isso (...)" E020</p> <p>(...) mas no meu ponto de vista prestamos ótimos cuidados a estas crianças, mesmo os colegas mais inexperientes, que têm sempre a nossa colaboração (...) E021</p> <p>(...) embora seja uma equipa muito jovem, com recém-formados, os cuidados que prestamos a estas crianças são cuidados de qualidade (...) E021</p> <p>(...) mesmo os que acabaram o curso há pouco tempo têm o cuidado de fazerem uma recolha bibliográfica, dos cuidados que têm de ter, os sintomas, o que podem fazer para aliviar os sintomas, procuram saber na teoria o melhor que podem fazer para aquelas crianças (...) E021</p> <p>"De nada, foi bom desabafar um bocadinho e mostrar o quanto fazemos e podemos fazer por estas crianças."E019</p> <p>De resto e para as condições que nós temos gere-se muito bem a situação destes casos, para os bebés que temos, os cuidados não são prestados com menor qualidade pelas condições físicas que nós temos, nós ajustamos os nossos recursos físicos, humanos e materiais a eles, de forma a gerir da melhor forma possível os cuidados. E015</p> <p>(...) acho que a equipa de enfermagem atuou bem (...)" E010</p> <p>(...) acho que prestamos muito bons cuidados a estas crianças (...)" E012</p>	

<b>Tema: As dificuldades no cuidar E (as dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando cuida da criança e família)</b>	
<b>Categoria: Falta de recursos E1</b>	
<b>Subcategoria: Humanos E1.1</b>	
<p><b>Unidades de Registo:</b></p> <p>A nossa equipa é muito pequena, era necessária a presença mais de perto de um enfermeiro (...)" E010</p> <p>(...) na equipa o nosso rácio são de 2 elementos, o que não é suficiente para conseguirmos chegar a tudo, acho que deveria haver um enfermeiro mais disponível para estes bebés (...)" E009</p> <p>"(...) porque muitas vezes é difícil de dar conta do recado e acabamos por não prestar os cuidados com a qualidade que deveríamos, é uma equipa pequena e estamos a trabalhar com os mínimos, neste momento."E019</p> <p>(...) e podíamos dar o banho mais do que uma vez ao dia, nem sempre é possível, porque temos o serviço cheio e não temos pessoal suficiente. (...)" E019</p>	

<b>Tema:</b> As dificuldades no cuidar E (as dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Falta de recursos E1	
<b>Subcategoria:</b> Físicos E1.2	
<b>Unidades de Registo:</b>	
<p>“Somos uma unidade pequena, temos poucas salas (...) E009</p> <p>[recursos físicos] A nossa unidade não está preparada, de maneira nenhuma, para este tipo de cuidados (...) E010</p> <p>(...) o que é difícil principalmente devido à área física do nosso serviço (...) não está preparada para manter os cuidados, no sentido de um internamento prolongado e maior apoio aos pais. E010</p> <p>(...) Mais propriamente na unidade, neste momento a nível de espaço físico, não tem as condições de isolamento que ele precisa, isolamento entre aspas, maior privacidade tanto para o bebé como para os pais, criar neste momento é difícil (...)” E010</p> <p>[Unidade] “(...) pois é praticamente tudo aberto, ou dividido por vidros e sem isolamento de som (...) E019</p>	

<b>Tema:</b> As dificuldades no cuidar E (as dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Família E2	
<b>Subcategoria:</b> Relação difícil E2.1	
<b>Unidades de Registo:</b>	
<p>“(...) mas é difícil lidar um bocadinho com estas mães (...)” E012</p> <p>“ (...) depois temos de lidar com a parte da família, que também não é fácil(...)”E012</p> <p>(...) difícil para mim lidar com eles (...) E015</p> <p>(...) tentar ao menos uma maior aproximação com os pais, abordar o assunto da dependência, porque estes pais também precisam de ajuda, não podemos virar-lhes as costas, não ganhamos nada com isso, pois são eles que vão cuidar daquelas crianças a quem dedicámos muito tempo e se queremos ajudá-las, o primeiro passo é trabalhar com as suas famílias, não digo que é fácil (...) E019</p> <p>(...) normalmente a relação com a família não é fácil (...) E020</p> <p>(...) normalmente são pais difíceis de lidar (...) E020</p> <p>(...) é difícil criar um tipo de relação com estes pais, e passar alguma mensagem a eles (...) E020</p> <p>“(...) difícil é lidar com os pais, que os pais muitas vezes, a primeira abordagem é muito complicada (...)” E021</p> <p>(...) e é muito difícil trabalhar com estes pais. E023</p> <p>(...) durante as visitas com os pais é difícil lidar (...) E023</p> <p>(...) procuro atuar da mesma forma que atuo com outros pais, não os hostilizo, não sou agressiva, mas reconheço que me falta uma certa habilidade de lidar com eles em certas situações do que em outras famílias.” E012</p> <p>(..)Inicialmente eles nem nos respeitam (...) E009</p> <p>(...) dá a entender que tentam evitar o contacto connosco, talvez por algum receio de os acusarmos de alguma coisa (...) E009</p> <p>(...) mas com o tempo estabelece-se uma relação de confiança, eles vêem que não há outra hipótese porque somos nós que estamos a cuidar do seu filho (...) E018</p>	

<b>Tema:</b> As dificuldades no cuidar E (as dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Família E2	
<b>Subcategoria:</b> Comunicação difícil E2.2	
<b>Unidades de Registo:</b>	
<p>"(...) muitas vezes nós não temos oportunidades para conversar com estes pais e não é fácil criar essas oportunidades, por falta de tempo, disponibilidade ou por falta de privacidade, ou também pelo facto de eles passarem tão pouco tempo na unidade que às vezes não é fácil apanhá-los para podermos falar com eles." E009</p> <p>"(...) às vezes, é difícil falar com estes pais, temos uma sala com 4 berços e com outros pais ao lado, o que quase sempre é muito complicado conversar com eles sobre estas coisas e o serviço, neste momento, não tem condições para estarmos a conseguir conversar com os pais em privado (...)" E010</p> <p>(...) mas as condições do serviço, não fornece um espaço mais reservado, por isso vamos comunicando entre linhas (...) E019</p> <p>(...) não é fácil conversar em privado, de uma forma mais individualizada. "E019</p> <p>(...) para mim é complicado comunicar com estas mães (...) E012</p> <p>(...) Perante uma conversa destas da mãe, eu também tenho que dar uma resposta para que ela perceba que nós não somos palhacinhos nenhuns que estamos aqui a rir e a brincar e que está tudo feliz, também temos que ver as coisas, mas depois, também, tento dar à volta, começo uma conversa com a mãe, para esta não sentir-se tão culpabilizada (...) E015</p> <p>(...) mas é muito difícil comunicar com elas (...) E015</p> <p>(...) prefiro não falar com eles (...) E015</p> <p>(...) às vezes há dificuldade em conversar com as mães, deixar passar a mensagem de elas ajudarem nos cuidados como vai ser para tratarem deles em casa (...) E020</p> <p>(...) regra geral pelo menos aqueles que tenho apanhado, não estou assim aqui há tanto tempo, tenta-se sempre ser assertivo naquilo que se diz, mas às vezes quando são internamentos longos, fica-se saturado ao ver o que aquela mãe diz e faz, mas não altera os seus comportamentos, e aí não é tão fácil ser assertivo naquilo que dizemos (...) E020</p> <p>(...) algumas respostas que noutras situações talvez não diríamos, ou num tom mais seco, mas acho que também depende do nosso estado de espírito naquela altura, do cansaço, como está o serviço, não é fácil." E020</p> <p>(...) é difícil comunicar com eles (...) E023</p> <p>(...) São pais que não nos dão muita confiança, entram mudos saem calados e vem tão pouco (...) E020</p> <p>(...) tem pais de fácil trato, tem outros que são mais fechados mais metidos consigo, que não dão abertura à comunicação. E021</p> <p>(...) às vezes eles não querem falar de maneira nenhuma (...)tiveram este azar e não querem tocar neste assunto de maneira nenhuma, já basta terem que falar com a assistente social (...) e nós temos que respeitar (...) E010</p> <p>[pais] (...) porque mais que agente fale com eles, não nos ouvem (...) E012</p>	

<b>Tema:</b> As dificuldades no cuidar E (as dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Trabalho da equipa E3	
<b>Subcategoria:</b> Descoordenação E3.1	
<b>Unidades de Registo:</b>	
<p>(...) era fim-de-semana, o bebé tinha indicação de alta, não havia documento nenhum escrito pela proteção de menores que o bebé não pudesse sair e assim gera-se as situações." E010</p> <p>(...) há algumas falhas na articulação com a restante equipa (...) E020</p>	

<p>(...) se as análises existem ou de sangue, ou urina, mecónio, tanto faz, porque é que já não se faz previamente, ou nós não temos conhecimento desses resultados previamente (...) E010</p> <p>(...) a metadona devia ser um elo de ligação com o hospital e não é, a partir desse momento, quando a mãe desse entrada no hospital, já saberíamos o tipo de drogas que íamos ser confrontados, o seu historial, para ser mais fácil de atuarmos, temos sempre acesso às análises da mãe, mas dias depois de o bebé já estar internado, e a informação é sobre as doenças contagiosas (...) E010</p> <p>(...) nunca sabemos informar aos pais quando é a data da consulta (...) E010</p> <p>(...) há todo um envolvimento de técnicos e pouca inter-relação entre ambos (...) E010</p> <p>(...) por exemplo quando têm alta, só sei que está tudo preparado para ir para casa, mas não sei se vai ser seguido com regularidade ou não (...) E010</p> <p>“(...) tem de haver uma participação entre todos os membros da equipa de saúde, participantes do nosso sistema, mas não há, cada um faz o seu papel(...) neste momento é para mim, a grande falha neste sistema (...) E010</p> <p>(...) não há humanização entre esta equipa multidisciplinar.” E012</p> <p>(...) como equipa multidisciplinar, a articulação devia ser melhor e mais humanizada, mas isso não acontece. E019</p> <p>(...) não há o tal trabalhar em conjunto das várias unidades de prestação saúde (...) E010</p> <p>A nível de trabalho em equipa, não existe (...) E023</p> <p>(...) os médicos dizem para não amamentar, até virem as serologias da mãe, depois o tempo passa, ou as mães desaparecem e amamentação fica no esquecimento ou no desinteresse (...) E019</p> <p>(...) todas as semanas temos um médico diferente, um acha que está na altura de aumentar até determinada dose, outro em reduzir, não há uma concordância, e isso também não é bom para estes bebés (...) E009</p> <p>(...) como os médicos mudam semana a semana, nem sempre seguem o mesmo critério de atuação ou redução ou aumento da morfina, a velocidade que fazem essas alterações e a gente nota que tem importância na maneira que o bebé reage e também para o futuro desta criança. E020</p>	
--	--

<p><b>Tema:</b> As dificuldades no cuidar E (as dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando cuida da criança e família)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Trabalho da equipa E3</p>	
<p><b>Subcategoria:</b> Deficit de comunicação E3.2</p>	
<p><b>Unidades de Registo:</b></p> <p>[profissional de saúde] (...) é um pouco mais complicado, ela vem cá acima, pomos a par da situação, mas depois não é fácil ter um feedback, e se temos é tudo negro, um filme de terror, sempre com entraves (...) E020</p> <p>(...) temos pena, de não termos depois um feedback da situação destas crianças, nós perdemos um bocado o rasto destas crianças, destes pais, pronto, às vezes os pais mandam-nos fotos, devia haver alguma forma de ter um maior feedback, mas isso não temos (...) E012</p> <p>[profissional de saúde] (...) às vezes a comunicação entre nós não é a melhor, até quando vê o processo e faz alguma critica, ou por não termos informado de algo, a gente diz alguma coisa, ela não compreende ou deturpa a nossa informação, há algumas barreiras a ultrapassar.”E020</p> <p>[profissional de saúde] (...) só tenho pena que não comunique mais connosco (...) E009</p> <p>[profissional de saúde] (...) há informação que elas têm sobre os pais nas suas conversas, que temos pena que não nos transmitem, porque podíamos ajudar mais em algum sentido (...) E009</p> <p>[profissional de saúde] (...) mas depois não nos comunica informações que são importantes, temos de ser nós a andar atrás dela a perguntar, quais as condições habitacionais destes pais ou se eles têm condições económicas para cuidar dos filhos, são informações que influenciam os nossos cuidados ou na definição de prioridades, para perceber melhor as necessidades deles (...) E009</p>	



<p>(...) acho que é outro ponto em falta, a comunicação entre serviços. E010</p> <p>[profissional de saúde] "(...) comunica só com os pais e não sabemos o que foi dito, muitas vezes são os próprios pais que nos dizem que tal dia tem consulta e nós não sabemos (...)" E019</p> <p>(...) haver uma maior interação, diálogo entre nós, de forma a refletirmos e partilharmos conhecimentos e desenvolver novas práticas, pois aprendemos com um bocadinho de todos." E023</p> <p>(...) mas aqui os nossos pediatras dão logo indicação para não amamentar, talvez se nós conversássemos com eles, isto mudava, mas a própria equipa de enfermagem nem sequer pensa nisso, não falam com a equipa médica, nem sequer aborda-se a mãe sobre esse assunto (...)" E015</p>	
--	--

<p><b>Tema:</b> As dificuldades no cuidar E (as dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando cuida da criança e família)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Falta de Formação específica E4</p>	
<p><b>Unidades de Registo:</b></p> <p>"(...) há aqui um handicapezinho que tem a ver com a pouca formação, nesta área (...)" E010</p> <p>(...) principalmente aqui na unidade, ou mais neste momento por termos alguns colegas recém-chegados, acho que temos alguma falta de formação nesta área, e a atuação que é feita é muito amadora." E010</p> <p>"(...) mas acho que há falta de formação nesta área do envolvimento com a família e alguém que nos indique algumas estratégias a tomar." E012</p>	

<p><b>Tema:</b> As dificuldades no cuidar E (as dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando cuida da criança e família)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Desatualização do Instrumento de Avaliação E5</p>	
<p><b>Unidades de Registo:</b></p> <p>(...) no nosso serviço ainda usamos uma escala de avaliação antiga (...)" E009</p> <p>"(...) essa escala já não é adaptada à nova realidade medicamentosa, pronto isto também é uma coisa em que a parte de enfermagem já alertou várias vezes para isto, mas depende mais da parte médica (...)" E010</p> <p>"(...) mas há alguns pontos que tem de ser adaptados na escala de Finegan, que já estão atualizados, mas nós ainda não utilizamos." E010</p> <p>(...) estamos a usar uma folha muito antiga da avaliação do Finegan, já foi apresentado aqui no serviço, há já bastante tempo a folha modificada de Finnegan, já foi referido, inclusive, que a pontuação é diferente nesta nova folha, a dose prescrita iria ser diferente (...)" E015</p> <p>(...) e a gente não pode ficar presos a um IF de há muitos e muitos anos e logo que já existe outra folha, há implicações sérias, porque as doses de terapêutica são diferentes. E015</p> <p>Também, nós neste momento estamos ao utilizar uma escala antiga, que não está atualizada e já existe outra, em que os pontos de cada sintoma são diferente (...)" E021</p> <p>"Usamos ainda um IF antigo, que ainda não foi atualizado, porque não depende de nós, depende da indicação médica, porque o índice propriamente dito está relacionado com a prescrição terapêutica, portanto nós ainda usamos aquele que os médicos estão mais à vontade para a prescrição de medicação." E018</p> <p>[IF antigo] (...) já foram feitas várias tentativas mas todas sem sucesso, há infelizmente muita renitência à mudança, "sempre se usou", "tem dado certo", infelizmente tem havido alguma renitência não só de alguns elementos da equipa, mas também da equipa médica (...)" E009</p> <p>A nossa escala de IF já é muito antiga, devia ser alterada, mas falta-nos autonomia para tal, já temos às vezes dificuldades, porque sabemos que poderíamos melhorar naquele ou outro aspeto se tivesse-mos a usar a IF modificada. E019</p> <p>[IF modificada] (...) já foram feitas várias tentativas para o seu uso sempre que temos uma criança com SAN internada, mas depois o tempo vai passando, passando e a escala é sempre a mesma se voltar aparecer outra criança (...)" E021</p>	

<b>Tema:</b> As dificuldades no cuidar E (as dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Falta de uniformização dos cuidados E6	
<b>Unidades de Registo:</b>	
[enfermeiro] (...) vem um e dá 120ml, depois dorme mais 4h e depois dão mais 100ml, quando ele acorda está cheio de fome mais 120ml para dentro, ninguém segue o mesmo padrão de condutas, o que não é vantajoso para o bebé, eu entendo que não querem acordá-lo para não o ouvir chorar, mas toda a gente sabe que na prática não devemos dar leite até ele parar de chorar. Isto é errado (...) E015	
[IF] (...) cada pessoa quando avalia o faz à sua maneira (...) E023	

<b>Tema:</b> Para cuidar bem F (focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Proporcionar o Bem-Estar da Criança F1	
<b>Subcategoria:</b> Gerir o ambiente F1.1	
<b>Unidades de registo:</b>	
(...) por mais que se tente criar um ambiente adequado é difícil manter as persianas fechadas, atenuar o barulho feito pelos pais das outras crianças (...) E009	
(...) por mais que se tente não é fácil evitar o barulho dos equipamentos e do pessoal (...) E009	
(...) e, depois, o facto, da nossa unidade ter uma casa de banho comum para os dois serviços, pediatria e neonatologia, não ajuda muito, a nível do barulho, é muito perto da sala dos cuidados intermédios e é muito movimento de pessoal (...) E009	
(...) sou a favor de evitar ao máximo o barulho, pôr a unidade calma, escura principalmente nos primeiros dias (...) E010	
(...) por isso eu acho, pessoalmente, que os cuidados são mais à base (...) do ambiente à volta da criança.” E010	
A nível de cuidados é basicamente gerir o ambiente (...) E010	
“Há cuidados específicos que nós sabemos que devemos ter na unidade: o cuidado com o ruído, luminosidade (...) E015	
(...) mas nestes bebés, eu noto que há uma atenção mais redobrada nestes aspetos, fecha-se as persianas, colocamos um envolvente para o ambiente ficar mais escurecido (...) E015	
(...) a nível de cuidados específicos para os acalmar é mesmo isto, a luz mínima, o ruído mínimo (...) E015	
“(...) o respeito máximo pelos períodos de sono, ninguém vai acordá-lo, ninguém vai fazer barulho quando ele estiver a dormir. E015	
(...) quando ele acalma entra tudo na sala com silêncio, falam todos baixinhos para não os acordar. E015	
(...) se possível tentamos, que não é o que normalmente acontece, que eles fiquem sozinhos numa sala para que tenham uma estimulação auditiva menor, para não acordarem facilmente, pois como passam muito tempo connosco, vão ficando mais velhinhos e acordam facilmente E018	
(...) tentamos criar um ambiente escuro para estabelecer o ritmo noite/dia (...) E018	
(...) quando temos as luzes ligadas costumamos a pôr cobertas sobre o berço, tapar a luz de qualquer maneira para evitar que seja um foque de despertar ou de irritabilidade (...) E018	
(...) Temos cuidado com o ruído, baixar as luzes, ambiente calmo (...) E019	
(...) tenta-se reduzir ao máximo o ruído, pede-se aos pais para falarem baixo, mas depois vem as da brigada de limpeza recolher os lixos, fazem barulho com os baldes, a porta da casa de banho sempre a bater (...) E020	
(...) costumamos a ter o rádio do serviço sempre ligado e quando temos estes bebés reduzimos o volume ou até mesmo desligamos para não incomodar (...) E020	

<p>(...) se tem muitos familiares na sala pede-se que alternem as visitas entre si e falarem mais baixo, para não estimular o bebê (...) E020</p> <p>Também a luz, tentamos não direcionar as luzes para eles, temos sempre um candeeiro que vai regulando a luz (...) E020</p> <p>(...) ter as persianas quase fechadas, para não entrar a luz da rua, mas não na totalidade (...) E020</p> <p>(...) tentar, se possível, tapar o berço com um lençol para cobrir mais a luminosidade (...) E020</p> <p>“Às vezes a nossa maior dificuldade prende-se com a prestação de cuidados a esse bebé, que tem a ver mais com o sossego e a calma que eles precisam nessa altura, esse bebé não necessita de muitos estímulos externos e é difícil com muita gente a entrar e a sair da sala, principalmente quando temos outras crianças no quarto (...) E021</p> <p>(...) é difícil controlar o ruído, a luminosidade, as pessoas a passar nos corredores (...) E021</p> <p>(...) quer queiramos quer não, com as senhoras da limpeza, nós a falarmos nos corredores, ou quando falamos com os pais da criança ao lado (...) E021</p> <p>(...) manter um ambiente terapêutico, frente ao ruído e à luminosidade, para nós é difícil manter o serviço no silêncio que estas crianças precisam por causa dos estímulos externos que elas são sujeitas (...) E021</p>	
---	--

<p><b>Tema:</b> Para cuidar bem F (focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Proporcionar o Bem-Estar da Criança F1</p>	
<p><b>Subcategoria:</b> Gerir padrão alimentar F1.2</p>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>Costumamos ter cuidado com a sua alimentação (...) E019</p> <p>(...) damos o leite por biberão, mas com uma sucção excessiva, por vezes preparamos mais um pouco de leite, mas temos de ter cuidado (...) E019</p> <p>(...) a alimentação é difícil (...) E023</p> <p>(..) Muitas vezes, estou a dar o biberão e digo “tem calma, para quê esta pressa toda” e noto que há uma evolução com ele, ele acaba por evoluir e acalmar. E015</p> <p>O que nós não fazemos, por exemplo meninos de 3 e 4 semanas, se estão a dormir já há 4h não os vamos acordar, e então o que é que acontece, dá-se um biberão quase com o dobro da quantidade de leite (...) E015</p> <p>[alimentação] (...) a nossa tendência é de 3 em 3h, quando não é mais, porque não queremos que elas acordem, e depois querem comer, comer, só que como não ficam saciadas, damos mais uma coisinha e depois vomitam, sujam-se (...) E009</p> <p>“(...) a dilatar estômagos e depois estarem sempre a vomitar. “ E015</p> <p>“ (...) os nossos pediatras dão logo indicação para não amamentar e nós cumprimos sem questionar (...) E015</p> <p>(..) e o que nós fazemos alimentamos com leite artificial em espaços maiores e talvez o dobro do que deviam comer (...) E021</p>	

<b>Tema:</b> Para cuidar bem F (focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família)	<b>Indicadores:</b>  Toque positivo Contenção facilitada Relaxamento
<b>Categoria:</b> Proporcionar o Bem-Estar da Criança F1	
<b>Subcategoria:</b> Tocar F1.3	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>(...) um toque positivo, o nosso aconchego, e ao fim ao cabo, também, a nossa dedicação para com ele, nestas situações. E015</p> <p>Em relação ao aconchego há estratégias que podemos tomar, por exemplo agarrar na mão, para ele sentir a nossa mão, apertá-la.” E015</p> <p>(...) quando o bebé está em crise, o estímulo táctil vigoroso é pior para ele desencadeia mais choro, tem de se tocar muito devagar (...) E015</p> <p>(...) porque o que faz realmente acalmar (...) é o nosso toque (...) E015</p> <p>São crianças que devem ser o mínimo estimuladas possível, começando por aí, temos o protocolo de intervenção mínima, que acho que tem sido utilizado por todos os membros da equipa, da melhor forma. (...) tocar o menos possível. E023</p> <p>Quando vai para o berço e desperta logo, podemos optar por outras estratégias, fazer com a nossa mão maior pressão nas costas, uma contenção facilitada, o toque (...) E015</p> <p>(...) colocar as suas mãos junto da boca, flexão das pernas, segurar fixamente (...) E015</p> <p>(...) uma contenção firme e não vigorosa, não é mexer nas pernas ou braços, eles não querem isto (...) E015</p> <p>(...) eles querem uma contenção forte, para se sentirem seguros (...) E015</p> <p>(...) um ambiente agradável e penso que o banho é uma boa estratégia. E015</p> <p>Outra coisa engraçada é quando damos o banho, quando a criança está numa banheira, ela grita, grita, esperneia, mas com calma, com água bem quentinha, cheia até ao pescoço, com ambiente agradável, uma voz calma, um bom toque, ela acaba por relaxar imersa em água, isto acaba como sendo uma estratégia que podemos utilizar no dia-a-dia destas crianças, causar o relaxamento na criança. E015</p> <p>(...) o que acho insuportável é alguém fazer uma massagem quando o bebé está em crise (...) E015</p> <p>(...) aconchegá-los, envolve-los, dar-lhes o máximo de carinho possível para ficarem mais confortáveis (...) E019</p> <p>(...) os bebés têm de estar aconchegados (...) E015</p>	

<b>Tema:</b> Para cuidar bem F (focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Proporcionar o Bem-Estar da Criança F1	
<b>Subcategoria:</b> Controlar a Dor F1.4	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>[dor] não é só com a morfina, mas com o nosso aconchego e atenção, e outras atitudes não farmacológicas. E015</p> <p>(...) utilizamos o protocolo da dor (...) E020</p> <p>[dor] (...) administramos sacarose a 30%, que também nem sempre é eficaz (...) E020</p> <p>Em termos de protocolos habitualmente nós não fazemos distinção entre estes e outros bebés com outra patologia ou outro motivo de internamento, seguimos os protocolos do serviço, a nível de rastreio auditivo neonatal, metabólico, dor, plano nacional de vacinação (...) E018</p> <p>“(...) naqueles episódios de gritaria que parecem que têm dor ou que estão desconfortáveis damos colinho ou colocamos na cadeirinha baloiço (...)” E018</p>	

<p><b>Tema:</b> Para cuidar bem F (focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Proporcionar o Bem-Estar da Criança F1</p>	
<p><b>Subcategoria:</b> Gerir regime Terapêutico/ F1.5</p>	
<p><b>Sub-subcategoria:</b> Preparação/Administração e Resposta terapêutica F1.5.1</p>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>(...) depois começam a medicação, às vezes não é eficaz logo (...) E009</p> <p>[medicação] (...) mas sim, depois quando começa a fazer efeito começam naquele período de sonolência, começa a atenuar mais os sintomas, mas de uma forma muito lenta (...) E009</p> <p>(...) entretanto vão adaptando-se aquela medicação e depois à medida que vão reduzindo já vão ficando mais calmos e já começam a interagir mais connosco (...) E009</p> <p>(...) às vezes estão a fazer uma dose muito elevada de morfina e não está a ter resposta(...) E018</p> <p>A nível de cuidados é basicamente gerir (...) a medicação. (...) acho que é fundamental e defendo que é importante sabermos a droga que a mãe faz no início do tratamento do bebé, para uma boa prestação dos cuidados e uma atuação mais rápida da medicação. E010</p> <p>Noto uma evolução nesta área, principalmente na medicação, antes os médicos usavam muito o fenobarbital, e acho que acalmava mais do que a morfina, pelo menos tinha um efeito mais rápido no controlo dos sintomas, ficavam mais calmos. E012</p> <p>Temos administrado só morfina, pois o fenobarbital, a longo prazo, pode dar doenças a nível psiquiátrico. De resto a maior parte dos casos têm tido solução com a morfina, poucos são os casos que se tem de associar o fenobarbital. E018</p> <p>(...) só em casos extremos de haver consumo de outras drogas, cocaína, heroína associado à metadona, é que é introduzido o fenobarbital, não somos nós que introduzimos claro, isso é função da equipa médica, diluímos e administramos. E018</p> <p>(...) ultimamente é usada a morfina, os colegas também falam no fenobarbital, mas eu nunca administrei (...) E019</p> <p>“(...) a morfina é prescrita pelo médico e nós administramos, mais precisamente nas horas das manipulações.”E019</p> <p>[morfina] “(...) pode ser preparado em soro fisiológico, mas optámos por diluir em Dw5%, para ser mais docinho para o bebé.” E019</p> <p>“Mas há uma coisa que acho importantíssima e que já foi uma grande mudança em relação à terapêutica, porque antes se diluía a morfina de diferentes maneiras de turno para turno, a dose é a mesma mas as concentrações são diferentes e claro que a evolução do bebé era muito mais lenta (...) E015</p> <p>(...) a diluição da morfina tem de ser feita toda da mesma forma, na mesma concentração, que é o que está recomendado no neofax, e a partir daqui em que todos começaram a usar o mesmo protocolo de morfina, os resultados foram outros (...) E015</p> <p>Atualmente já está muito melhor, independentemente do grau de abstinência faziam todos a mesma droga e sem um controlo rigoroso, agora os miúdos ficam mais calmos, apesar de o internamento ser mais longo, os bebés reagem melhor à medicação e não têm tantos sintomas (...) E023</p>	

<b>Tema:</b> Para cuidar bem F (focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Proporcionar o Bem-Estar da Criança F1	
<b>Subcategoria:</b> Gerir regime terapêutico F1.5	
<b>Sub-subcategoria:</b> Avaliação F1.5.2	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>[IF] (...) de acordo com aqueles itens todos, que é que vai definir se é preciso ou não fazer medicação, quando inicia e quando começa a fazer o desmame (...) E019</p> <p>(...) na própria escala tem os respetivos valores, se tiver 3 avaliações de 8 ou 2 de 12, ou convulsões, inicia terapêutica (...) E019</p> <p>(...) o que nós fazemos tem a ver com o ajuste de terapêutica relacionado com o IF (...) E018</p> <p>"A avaliação dos sinais e sintomas destes bebés, apesar de serem monitorizados com pulso oxímetro, faz-se através de uma escala de avaliação (...) E010</p> <p>[IF] (...) o pegar na escala e ir por aqueles itens todos por ali abaixo é um bocado subjetivo, não é uma escala fácil de avaliar (...) E010</p> <p>(...) avaliamos os bebés para estabelecer os scores para a sua avaliação (...) E018</p> <p>Há uma coisa que ainda não referi que costumamos fazer que é a avaliação da escala de Finnegan, que avaliamos de 3 em 3 horas e registamos o score que o menino apresenta (...) E019</p>	

<b>Tema:</b> Para cuidar bem F (focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família)	
<b>Categoria:</b> Promover a parentalidade e a vinculação F2	
<b>Subcategoria:</b> Conversar com os pais F2.1	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>(...) somos uma equipa que conversa muito com os pais e dedicamo-nos muito a eles (...) E012</p> <p>(...) se precisarmos de falar com os pais pedimos para passar para outro espaço, ou aproveitar os momentos que não existam outros pais na sala, porque se quisermos abordar assuntos da abstinência temos de criar os momentos de privacidade (...) E012</p> <p>Com as mães, e um dos cuidados que toda a equipa dá muita atenção, é a privacidade ao comunicar com estes pais, não o fazer perante outros pais (...) E019</p> <p>[os pais] (...) mal fazem perguntas, mas depois vão tendo mais confiança em nós e vão-se abrindo mais, vão falando mais abertamente, até às vezes demasiado, falam de coisas que até nós dispensávamos, sobre a má vida anterior, do que fazem agora, tudo sobre as drogas (...) E009</p> <p>(...) eu penso que é fácil até conversar com eles sobre o tipo de drogas que estão a tomar, mas não me interessa esse tipo de conversa (...) e as minhas conversas com ela são na base de uma boa prestação de cuidados aquando a alta (...) E015</p> <p>(...) falam connosco como se nada fosse, sentavam e contavam o que faziam com as drogas, como compravam, qual a melhor droga, até dizia que a erva do pico era a melhor da Europa (...) E020</p> <p>(...) nós sabemos muitas vezes coisas inerentes ao mundo da droga pela boca dos pais, tem pais que comunicam facilmente sobre isto, que sentamos com eles uma ou duas horas, enquanto o bebé está sossegadinho e contam-nos esses pormenores todos da vida e do arrependimento deles, de já terem tentado sair várias vezes desta vida e não conseguirem, sobre os problemas que tinha com a irmã (...) E021</p> <p>Os pais com que conseguimos estabelecer uma comunicação mais célebre, mais rápida, são pais muito disponíveis e falam abertamente sobre o seu problema de toxicod dependência, falam sobre como entram no mundo da droga, como faziam os consumos, onde compravam, onde conseguiam o dinheiro (...) falam nos consumos esporádicos que têm, mesmo a fazer a metadona, não por necessidade física, mas por tentação dos amigos (...) E021</p> <p>(...) quando é preciso falar com os pais para ajustar qualquer situação que se justifique nós conseguimos, normalmente, conversar com eles e resolver (...) E018</p>	

<p>(...) boa comunicação com as mães e damos as informações de forma clara para que ela perceba (...) E019</p> <p>(...) ter uma escuta ativa e comunicar com ela da forma mais pacífica possível e que ela perceba que estamos aqui para ajudar aquela criança e que tudo o que ela precisar da nossa parte vai ser feito, vai ser cumprido, mas precisamos também da ajuda dela para haver melhores resultados (...)E019</p> <p>(...) informamos as necessidades do bebê e do seu estado evolutivo ou não, e o que pode ser feito (...) E019</p>	
---	--

<p><b>Tema:</b> Para cuidar bem F (focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família)</p> <p><b>Categoria:</b> Promover a Parentalidade e Vinculação F2</p> <p><b>Subcategoria:</b> Parceria de Cuidados F2.2</p> <p><b>Sub-Subcategoria:</b> Ensinar F2.2.1</p> <p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>(...) colaboram nos cuidados, não vou dizer que trabalham em parceria connosco, mas seguem as nossas indicações. E021</p> <p>Às vezes, os meninos já estão cá há tanto tempo e não se consegue aquela vinculação desejada. Se a mãe compreender que é importante a vinculação e perceber aquilo que tentamos transmitir, é muito mais fácil trabalhar com elas, mas isso depende um pouco das habilitações literárias de cada um (...) E019</p> <p>(...) estávamos sempre a repetir as mesmas coisas, mas tinha de ser, não quer dizer que estes pais sejam pior que os outros pais, mas por vezes têm de ter um acompanhamento mais apertado e posteriormente também (...) E020</p> <p>“(...) depois quando me vêm perguntar “ele vai ficar bom” e depois vêm naquela descontração, que por vezes não é o que desejaríamos naquela situação, mas tento fazer os ensinamentos necessários (...) E019</p> <p>(...) perceber quando é que estes estão prontos para aceitar os nossos ensinamentos e os nossos conselhos (...) E020</p> <p>(...) nem sempre são recetivos aos ensinamentos que a gente faz, aos conselhos que damos para estarem presentes (...) E020</p> <p>(...) é complicado quando dizemos que os bebés precisam de descanso, de estar na caminha, sossegados quietinhos (...) as mães chegarem acordam-os, pegam neles ao colo, e estragam tudo aquilo que já foi feito e ensinado, mas compreende-se que as mães cheguem e querem estar e tocar no seu filho. E020</p> <p>São pais que fazem os cuidados que nós ensinamos e vão-se tornando mais presentes e recetivos ao longo do internamento (...) depende muito da comunicação com estes pais, da maneira que falamos com eles (...) E020</p> <p>“(...) ensinamos aos pais tudo o que a gente pode, também de acordo com a disponibilidade deles e recetividade (...)” E020</p> <p>“(...) a necessidade de reforçar várias vezes as mesmas coisas (...)” E010</p> <p>Por vezes, a mãe chega ao serviço, acabamos de adormecer o menino, estava a dormir calmamente e a mãe chega, mesmo depois de já se ter explicado que deve-se reduzir os estímulos, fala alto na sala com as auxiliares, e até connosco, lá reforçamos para ela falar mais baixo, ter calma (...) E019</p> <p>[mãe] (...) acorda ou pega no menino e começa a embalá-lo com muita força, desrespeitando o nosso trabalho ou nem ligar aquilo que a gente diz, tem que se estar sempre a repetir, para evitar os estímulos e o ruído e não perturbar o menino. E019</p> <p>(...) tentamos dar o máximo de atenção possível a estes pais, que à sua maneira, querem o melhor para o seu filho, temos é que definir prioridades, perceber quando é que aqueles pais estão prontos para aprender (...) E021</p> <p>(...) pois aqui a nossa função é guiar estes pais para o bom caminho e educá-los para cuidarem do seu filho. E021</p> <p>(...) o mais difícil é trabalhar com estes pais, e estimular para darem o mínimo de condições a estas crianças, já não pedimos muito, fazer com que eles mudem a fralda, dar de comer e o banho já é uma</p>	
--	--

<p>grande vitória(...) E010</p> <p>[pais-criança] (...) criar um laço afetivo entre estes já é um patamar mais difícil, porque não é fácil interagir com estas crianças, brincar, dar colo, mimos, não é com elas, mas mesmo assim ensinamos a tocar e dar mimo, mas nas alturas certas (...) E010</p> <p>Muitas vezes combinamos o banho com os pais pela manhã e não aparecem e inventam uma ou duas desculpas, no outro dia tenta-se combinar e não aparecem outra vez. E021</p> <p>(...) combinávamos para vir prestar os cuidados de higiene e não apareciam, às vezes ligavam a dizer que não podiam vir, nós é que tínhamos que estar sempre a perguntar se a mãe vem ou não vem, a que horas gostaria de prestar os cuidados. E019</p> <p>“(...) digo sempre, que às vezes somos nós que exigimos demais deles, queremos que eles façam tudo certinho, à nossa maneira, eu sei que não é correto (...) E012</p> <p>(...) os cuidados não tem de ser sempre como nós pensamos que deve ser, há que adaptarmo-nos às situações, detetar as necessidades e trabalhar com estes pais e não para estes pais. E012</p> <p>(...) era uma luta constante da nossa parte para ela estar mais presente, prestar os cuidados de higiene de manhã (...) E020</p> <p>Tentar envolvê-los com a mãe, a vinculação, também, é um aspeto importante a ter em conta com estes meninos, por isso há que tentar envolver os pais, ao máximo, nos primeiros dias de vida, principalmente participar nos cuidados e tocar nos bebés para sentirem-se acarinhados, pois faz muita diferença sermos nós a prestar os cuidados do que ser a mãe, eles ficam muito mais calmos ao seu colo.E019</p> <p>“(...)o meu interesse ali é que a mãe perceba porque é que aquele menino está daquela maneira, e o que é que podemos fazer em conjunto para melhorar a situação.” E015</p>	
---	--

<p><b>Tema:</b> Para cuidar bem F (focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família)</p> <p><b>Categoria:</b> Promover a Parentalidade e Vinculação F2</p> <p><b>Subcategoria:</b> Parceria de Cuidados F2.2</p> <p><b>Sub-Subcategoria:</b> Apoiar/Supervisionar F2.2.2</p> <p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>Estes pais precisam da nossa compreensão e do nosso apoio e não que tenhamos atitudes que os possam afastar mais do menino.E019</p> <p>(...) costumamos apoiá-los nos cuidados quando precisam (...) E019</p> <p>(...) digo: muito bem é mesmo assim (...) E019</p> <p>[Desintoxicação] (...) apoiar é fundamental. E023</p> <p>[Desintoxicação] É um processo muito difícil e se não houver um apoio dificilmente terá sucesso, pois a saúde mental dessa mãe será afetada, bem como a relação afetiva mãe-filho e depois torna-se tudo num ciclo vicioso. E023</p> <p>[Mãe] (...) mostra que tem a mínima noção dos cuidados que a criança necessita e tento sentir alguma segurança se esses cuidados vão ser bem prestados em casa. E015</p> <p>“O bebé só sai daqui quando nós acharmos que a mãe está apta a ir para casa tomar conta do filho. Enquanto as competências parentais não forem desenvolvidas o menino não terá alta (...)” E015</p> <p>Quando eles estão cá até prestam bons cuidados, sempre com supervisão, para orientar no que for preciso (...) E019</p> <p>Tem pais presentes em relação aos cuidados que prestam (...) com a nossa supervisão, tem outros que nós temos, às vezes, que levar dias e até semanas para incutir-lhes que têm de prestar cuidados ao bebé, para que tenham maior segurança. E021</p> <p>(...) mas também temos a noção, por aquilo que vemos ao longo do internamento, que ele vai ser bem cuidado, é a tal história nem todos nascem em berço de ouro, mas não quer dizer que ele não vá ter uma vida saudável e organizada. E015</p> <p>Eu acho que há uma certa vinculação, se a gente visse que não houvesse vinculação o bebé também não</p>	
---	--



<p>ia ter alta assim, claro que não é a mãe que imagino para aquele bebê, nem vejo o brilho da maternidade nos olhos, que imagino ser. E015</p> <p>(...) sempre que possível o importante é integrar estes pais nos cuidados ao filho, ou seja, envolve-los mais nos cuidados, para isso temos que conhecer bem as necessidades do bebê e estar mais atentos às necessidades dos pais (...) E020</p> <p>“(...) o facto de deixarmos eles participarem mais nos cuidados, e mostrarmos que é importante a sua presença, pois inicialmente a vinculação pais/bebé parece que é um pouco inexistente, mas depois vai, com o tempo, melhorando e vai sendo cada vez melhor.” E009</p> <p>“(...) há que dar novas oportunidades e motivos para a mudança, é um dever de cidadania, mas isto já é ir mais além, mas também é um aspeto a refletir, quando estamos a dar-lhes a oportunidade de cuidar e de estarem com os seus filhos, pode ser um motivo de mudança.”E019</p> <p>“(...) ser assertivas nos nossos cuidados e envolvê-las nos cuidados aos filhos, trabalhando em parceria.”E019</p> <p>(...) sugerimos amamentar, a maioria das mães não quer. Não me lembro de um único caso que uma mãe tenha amamentado, recusaram a amamentação, o cumprimento de horários, a dificuldade inicial da amamentação (...) E018</p> <p>(...) aproximarmos mais das mães e incentivá-las a amamentar, tendo sempre em conta se só consome metadona ou se está associado outras drogas (...) se por acaso for seropositiva, ou se estiver a consumir outras drogas, até o álcool, anfetaminas, aí claro não podemos incentivar a amamentação, mas nos casos das mães que fazem a metadona, claro que incentivamos, até para promover a vinculação. E019</p> <p>(...) temos os incentivos das senhas para o almoço e jantar, mas nem sempre resulta, pedem a senha pelas 11h e só aparecem por volta da hora do jantar, não é fácil fazer coisas para os prender aqui, senão vão sentir-se presos e isso não vai facilitar a relação com o filho (...)” E020</p>	
--	--

<p><b>Tema:</b> Para cuidar bem F (focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família)</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <p>Carta de alta Contacto telefónico CS Contacto com Adictologia Equipa Médica Serviço Social Comissão de Proteção de Menores</p>
<p><b>Categoria:</b> Promover a Parentalidade e Vinculação F2</p>	
<p><b>Subcategoria:</b> Parceria de Cuidados F2.2</p>	
<p><b>Sub-Subcategoria:</b> Encaminhar F2.2.3</p>	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>(...) acho que precisamos fazer uma maior avaliação da família e todo o envolvimento familiar, para podermos encaminhar melhor estas famílias (...) E020</p> <p>Pois, é importante fazer esta articulação (...) fazemos uma carta de alta, em que consiste toda a informação sobre o caso, sobre o que foi feito e quais as necessidades previstas (...) E012</p> <p>(...) às vezes fazemos contacto telefónico com as colegas do centro de saúde, para saberem que estes já tiveram alta para não lhes perderem o rasto (...) E012</p> <p>(...) estes meninos depois de terem alta, é recomendado pelo menos uma visita domiciliária, até porque, pode ocorrer síndrome de abstinência neonatal tardio, nós fazemos a nossa carta de alta para as nossas colegas de centro de saúde (...) E015</p> <p>(...) para além da carta de alta fazer sempre um contacto telefónico com as colegas a avisar desta situação, alertar para a síndrome de abstinência tardia e avisar de que, segundo a nossa observação e da nossa experiência a importância de ser feita uma visita domiciliária a esta família (...) E015</p> <p>(...) informamos alguns aspetos importantes aos colegas de saúde comunitária (...) E015</p> <p>(...) cabe a nós telefonar e explicar a importância de uma visita domiciliária, só a carta em si não é suficiente para uma situação como esta e para uma boa continuidade de cuidados. E015</p> <p>(...) têm um seguimento mais apertado, é marcado uma consulta de RN de risco para além das consultas normais de Pediatria, devido às várias consequências que esta síndrome pode trazer (...) E020</p> <p>(...) também, por vezes falamos com os colegas da adictologia, quando é para determinar ou saber se a mãe está a cumprir o tratamento, a dose ingerida, sobre as análises (...) E012</p> <p>(...) muitas vezes temos que fazer a ponte de ligação com a adictologia (...) para adequar os cuidados ao</p>	

bebé. E018

[médicos] (...) confiam no nosso trabalho, e guiam-se pelos scores que nós lhe damos e fazem os ajustes da terapêutica, claro que depois vão-nos perguntando do seu estado geral, se continuam muito agitados, se estão melhores ou não (...) E015

[equipa médica] (...) nós geralmente somos aqui os heróis da batalha, fazemos de elo de ligação com a restante equipa, havendo pouco contacto direto destes com a família (...) E015

(...) já foi necessário chamar outro técnico, ou a polícia, ou outra pessoa qualquer (...) E018

(...) não é todos os dias que pedimos a colaboração da assistente social e quando é pedida ela comunicamos o que está a decorrer, não nos metemos no papel dela, nem ela no nosso, ela vem nos pedir informações, colabora connosco, lê as notas de enfermagem, pergunta sobre a prestação destes pais, a qualidade da presença dos pais com estes bebés (...) E015

(...) chamar a assistente social não quer dizer que vão tirar o filho daquela mãe, nem sempre está aqui essa função, e desde que estou aqui nunca foi retirado nenhum bebé aos pais, pelo menos definitivamente, nunca consideramos que houvesse razões para isso (...) E015

[pais]“(...) quando vemos que eles têm dificuldades, contactamos a assistente social para os ajudar no que for possível, nem que seja nos transportes para virem visitar mais vezes o seu filho, até mesmo adquirir uma nova habitação, ajudam no que seja necessário (...)” E009

“Quanto às condições dos pais no domicílio, isso deixamos para a assistente social, nós contactamos a assistente social e ela é que vai determinar as condições que os pais têm no domicílio, e o que é necessário para ajudar essas famílias, e acho que até agora, tem corrido bem, havendo uma relação de ajuda” E012

“(...) quase sempre estas mães são seguidas pela assistente social, é feito um encaminhamento para serem seguidas, são seguidas cá no serviço e há posteriori.” E019

A assistente social vem ao serviço, faz uma avaliação da situação se vê que é uma família estável, nem sempre é feito esse acompanhamento mais rígido após alta (...) E020

“ (...) Já aconteceu ter sido necessário referenciar estas crianças e a assistente social ter que comunicar à proteção de menores, mas nos casos que houve nunca foram retirados aos pais, mas ficaram sinalizados, com marcação de visitas da comissão para irem acompanhando os pais e as condições para poderem cuidar deles.” E009

“No último caso que apanhei teve mesmo que ser pedido a colaboração da proteção de menores e retirado o filho aos pais, foi constrangedor este cenário. Mas, o cenário habitual, da nossa unidade, é a alta hospitalar para junto dos seus pais.” E019

“(...) estas crianças são referenciadas pela comissão de menores, mas muitas vezes não é necessária a sua intervenção (...) E020

(...) as visitas domiciliárias pela assistente social da zona. E020

“Temos tido vários casos em que a comissão de menores tem de intervir, ou porque detetou-se que havia outros problemas por detrás da droga ou outros casos mais extremos (...) E010

(...) tivemos um bebé que ia ter alta num sábado e veio-se a descobrir que este pai traficava droga, que não tinha mudado nada a sua atividade, a mãe continuava a consumir, ou seja, o bebé antes de ter alta, a comissão de proteção de menores atuou (...) E010

(...) todas as situações de abstinência são dadas a conhecer à proteção de menores, não tenho a certeza, a assistente social costuma dar o conhecimento à proteção de menores e depois, em conjunto, ou não, dão encaminhamento ao caso (...) E012

(...) Já houve vários internamentos que a comissão de menores teve que se deslocar ao serviço, mas na maioria, estas crianças e estes pais são seguidos na comunidade, pela assistente social da zona. E012

Uma coisa boa para estes pais é as redes de apoio e encaminhá-los para estas. E019

<b>Tema:</b> Para cuidar melhor G (O que o enfermeiro percebe como necessário para melhorar os cuidados à criança e família)	
<b>Categoria:</b> Melhorar as intervenções G1	
<b>Subcategoria:</b> Relacionadas com a alimentação G1.1	
<p><b>Unidade de registo:</b></p> <p>(...) já está provado e demonstrado que a alimentação destes bebés é hipercalórica e por períodos curtos, ou seja, fazer intervalos mais curtos e manter a mesma quantidade, por exemplo em vez de fazer 120ml de 3/3h, fazia-se 90ml de 2/2h, se eu conseguir acalmá-lo, saciá-lo, ficará mais organizado (...) E015</p> <p>(...) devíamos ter em conta, um menor aporte de leite para o bebé e ser dado de 2/2h, intervalos mais curtos e a mesma quantidade de leite (...)E015</p> <p>(...) dar o leite em menos quantidade e mais vezes (...) E019</p> <p>(...) dar menos comida e com intervalos de tempo menor era muito importante (...) E019</p> <p>(...) é importante ter cuidado com alimentação dar de duas em duas horas e não dar em demasiado, porque pode provocar as diarreias, vômitos. E019</p> <p>Também, outra situação que devíamos rever, era uma alimentação adequada a estes bebés, começando por intervalos mais curtos, menos quantidade de comida (...) E021</p> <p>(...) deveriam ser alimentadas de 2 e 2 horas e em pequenas quantidades (...) E009</p> <p>“Outro aspeto é a amamentação, nós sabemos que a mãe que consome metadona, não é contra indicação para a amamentação e sabemos que até para o desmame, a AAP recomenda que a mãe amamente para não haver uma rutura bruta da droga em si (...) pronto aqui tem outra coisa que deve ser mudada, introduzir a amamentação nestas famílias.”E015</p> <p>Quando falamos com estas mães é importante incentivá-las à amamentação (...) sabemos, segundo várias pesquisas e nos consensos de neonatologia, que a mãe pode amamentar se consumir somente metadona, que é a maioria dos nossos casos (...) isto tem de mudar.E019</p> <p>Uma das coisas a melhorar é, também, em relação à amamentação, a maior parte das mães que temos não amamentam, no início espera-se até ter os resultados das serologias e se mesmo que forem negativas acabam por não amamentar, e está indicado a amamentação quando as mães estão em programa de metadona (...) E021</p> <p>(...) incentivar a amamentação, se estão renitentes à amamentação, poder investir mais, nos casos que é possível claro, é o próximo passo a seguir. E010</p>	

<b>Tema:</b> Para cuidar melhor G (O que o enfermeiro percebe como necessário para melhorar os cuidados à criança e família)	
<b>Categoria:</b> Melhorar as intervenções G1	
<b>Subcategoria:</b> Relacionadas com o relaxamento e conforto G1.2	
<p><b>Unidade de registo:</b></p> <p>Nós só damos o banho uma vez por dia, mas quero dizer que na fase aguda poderíamos dar mais do que um banho por dia, o objetivo não é lavá-lo nem esfregá-lo, o objetivo é ele estar imerso em água quente para ser mais fácil acalmá-lo (...) E015</p> <p>(...) temos de estar sempre a mudar de roupa, o que é necessário dar banho mais do que uma vez por dia, de forma a ficarem mais fresquinhas, relaxadas e cheirosas. “ E009</p> <p>(...) a questão do banho, estes meninos apresentam sudorese intensa, vomitam (...) poderíamos dar banho duas vezes por dia se necessário, também como relaxamento. E019</p> <p>(...) em relação aos cuidados, se for preciso dar um banho a meio da noite para ele relaxar (...) E020</p> <p>(...) não devemos tapar muito estes bebés, não vestir demasiada roupa porque transpiram muito e têm de estar fresquinhos (...) E009</p> <p>(...) deixarmos um pouco as rotinas de lado quando estamos a cuidar destes bebés e cuidar quando eles nos dão sinais que precisam de nós, seguindo mais ou menos a filosofia do NIDCAP (...) E020</p> <p>“Há coisas muito práticas que podem ser mudadas, toda a gente sabe desta filosofia do aconchego, mas</p>	

<p>há coisas que a evidência demonstra, que os artigos científicos revelam, que devem ser feitos duma certa maneira (...) E015</p> <p>Outro aspeto seria implementar terapias complementares, musicoterapia, aromaterapia (...) E019</p> <p>(...) nós temos no serviço uma aparelhagem em que o leitor de CD's está avariado e não conseguimos colocar as músicas adequadas para as crianças, não só para estes meninos, como também para os outros e para nós, mas essencialmente para estes para um maior relaxamento, podíamos também utilizar a aromaterapia também seria muito interessante. E019</p>	
--	--

<p><b>Tema:</b> Para cuidar melhor G (O que o enfermeiro percebe como necessário para melhorar os cuidados à criança e família)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Melhorar as intervenções G1</p>	
<p><b>Subcategoria:</b> Relacionadas com a aplicação do IF e avaliação da criança G1.3</p>	
<p><b>Unidade de registo:</b></p> <p>[IF]"Esta avaliação é feita quando manipulamos o menino, geralmente é feita de 3/3h, o que está adequado, mas não propriamente 1h após a alimentação, como se preconiza, mas sim naquele momento de interação, o que podemos melhorar também neste sentido." E015</p> <p>(...) acho que para nós também era importante fazer uma avaliação mais integral da criança (...)E021</p> <p>(...) fazer uma abordagem integral, uma observação física, da criança diferente. E021</p>	

<p><b>Tema:</b> Para cuidar melhor G (O que o enfermeiro percebe como necessário para melhorar os cuidados à criança e família)</p>	
<p><b>Categoria:</b> Melhorar as intervenções G1</p>	
<p><b>Subcategoria:</b> Instituir e cumprir Protocolos (contexto terapêutico e de avaliação) G1.4</p>	
<p><b>Unidade de registo:</b></p> <p>Também, não temos um protocolo relativamente à medicação a ser usada nestes casos, era uma coisa que deveria ser feita, principalmente pela equipa médica ou em conjunto com os enfermeiros. E009</p> <p>Haver uma padronização de procedimentos, neste caso relativo à terapêutica. E009</p> <p>(...) é um aspeto muito positivo a criação de protocolos terapêuticos, para uniformizar os cuidados para obtenção de melhores resultados." E015</p> <p>Poderia haver um protocolo, mais uniforme, mais a nível médico, critérios de ajuste e desmame da medicação, mas para a gente cumprir todos com rigorosidade (...) E020</p> <p>Eu acho que devia-se rever o protocolo das terapêuticas e uniformizar este cuidado, já existem novas guidelines adequadas à criança e ao tipo de droga de consumo. E023</p> <p>(...) o IF antigo necessitava de uma reavaliação, necessitava de ser atualizado (...) E009</p> <p>"(...) precisamos de um ajuste da modificação que a escala sofreu (...)" E010</p> <p>Outra coisa que deve ser mudada é o IF, isto é uma coisa importantíssima, porque influencia as tomas da terapêutica, e todos nós sabemos, que a terapêutica é prescrita de acordo com o score do IF (...) E015</p> <p>[IF] (...) eu penso é que é pegar novamente na folha, pegar em tudo o que queremos mudar e falar com a nossa chefe novamente (...) não podemos avançar sozinhos, temos de falar com a nossa chefe e avançar, de forma, a que todos atuem da mesma forma, é mais uma folha a ser instituída (...) E015</p> <p>(...) um IF mais atualizado é uma necessidade, é preciso é avançar com isso. E015</p> <p>"Melhorias, por exemplo a nossa escala de Finnegan, existe uma mais atualizada do que a utilizada no serviço, que tem implicações a nível da medicação com morfina, se começa mais cedo ou mais tarde, ou quando faz as reduções ou aumento, podia-se alterar (...) E020</p> <p>[IF] (...) e uma coisa que podíamos melhorar era passar a utilizar a nova escala (...) o que pode ajudar</p>	

também um bocadinho os nossos cuidados. E021	
[IF] Muitas vezes tem a ver com quem avalia, precisamos de ter todos os mesmos critérios assentes para haver, não só a uniformidade dos cuidados para uma melhor continuidade dos cuidados, bem como um clima de confiança entre colegas e família. E023	

<b>Tema:</b> Para cuidar melhor G (O que o enfermeiro percebe como necessário para melhorar os cuidados à criança e família)	
<b>Categoria:</b> Mais Formação G2 (conhecimentos teóricos, técnicos, apoio e relaxamento)	
<p><b>Unidades de registo:</b></p> <p>Primeiro julgo que deveria haver mais formação dentro da equipa de enfermagem, em relação ao tipo de drogas, sua ação, os efeitos (...) E009</p> <p>(...) formação nesta área, uma vez que é importante saber com que droga é que estamos a lidar, quais as suas consequências e o seu grau de gravidade (...) E009</p> <p>[formação] (...) por isso acho que é uma área a investir, ainda mais que temos de estar informados para podermos falar a mesma linguagem que os pais (...) às vezes fico a olhar para eles e não sei ao certo de que é que estão a falar, já fui várias vezes confrontada com esta realidade e sentir que não sei de que estão a falar. Também, pelo facto, se conhecermos a droga em questão, é mais fácil perceber quais vão ser os sintomas mais exacerbados ou quais as reações do bebé. E009</p> <p>(...) a formação do enfermeiro nesta área é um ponto crucial (...) E009</p> <p>(...) formações em técnicas de relaxamento para nós conseguirmos lidar melhor com estas situações, seria muito bom, principalmente na fase aguda (...) e a área do conforto e relaxamento é uma área que nos podia ajudar muito nesse sentido." E009</p> <p>(...) o que pode passar é mais pela formação da equipa nesta área, para que nós como equipa possamos atuar da melhor forma, criar condições favoráveis ao tratamento (...) E010</p> <p>(...) também em relação aos cuidados propriamente ditos, pode haver alguns que desconheça o alto nível de importância que é se fosse feito de outra maneira, por isso a importância de formação nesta área. E010</p> <p>(...) formação nesta área, não na prestação de cuidados (...) mas talvez no lidar com estas famílias.E012</p> <p>"Outro aspeto em falta é a formação permanente, nesta área, de forma a atualizarmos o nosso conhecimento teórico e prático, de forma a sentirmo-nos mais aptas e mais seguras na nossa atuação, às vezes não é fácil saber estar nestas situações, quanto mais atuar nelas."E019</p> <p>(...) índice de Finegan, avaliar melhor e reavaliar (...) E023</p> <p>[IF] (...) se calhar podíamos fazer uma formação específica sobre cada item a avaliar (...) por exemplo os espirros só se contabiliza se for acima de 3 e não se espirrou uma vez, a diferença de um vômito e uma regurgitação, há critérios dentro de cada item que necessitam de ser reavaliados e esclarecidos. E023</p> <p>[Índice de Finnegan] (...) tem de haver alguém que pegue nas coisas todas, porque não a investigadora desta área, que a equipa ache que deve mudar, e depois faz-se uma ação de formação, ou uma simples apresentação, em que se apresente as necessidades e as alternativas (...) E015</p> <p>"Talvez, também, fazer mais reuniões de serviço para conversar sobre estes casos e perceber o que poderíamos ter feito de diferente." E012</p> <p>Hoje em dia existe cada vez mais estudos nesta área, necessidade de conhecimento científico, e devíamos investir mais nisto, porque são bebés que aparecem com frequência no serviço, por isso acho que devemos investigar mais nesta área, porque há sempre cuidados, para além daqueles que fazemos, que não temos noção (...) E009</p>	

<b>Tema:</b> Para cuidar melhor G (O que o enfermeiro percebe como necessário para melhorar os cuidados à criança e família)	
<b>Categoria:</b> Recursos G3	
<b>Subcategoria:</b> Mais enfermeiros G3.1	
<b>Unidade de registo:</b>  <p>"A nível de enfermagem deveria haver mais elementos (...) se tivéssemos uma equipa de forma a poder disponibilizar um enfermeiro para estes casos, sei que é difícil, quanto mais nos dias de hoje, mas é uma forma de conseguirmos prestar os cuidados com maior qualidade e evitar a sobrecarga de trabalho." E009</p> <p>Na minha opinião na nossa unidade, o primeiro ponto seria aumentar o número de elementos da equipa, não só pela sobrecarga de trabalho, mas porque com este aumento da equipa, conseguiríamos estar mais disponíveis para as necessidades que estas crianças exigem, dar atenção e conforto (...) E010</p>	

<b>Tema:</b> Para cuidar melhor G (O que o enfermeiro percebe como necessário para melhorar os cuidados à criança e família)	
<b>Categoria:</b> Recursos G3	
<b>Subcategoria:</b> Enfermeiro de referência G3.2 (como elo de ligação com a família e os serviços de saúde)	
<b>Unidade de registo:</b>  <p>Outra coisa que podemos desenvolver é pegar no exemplo da fisioterapia, temos enfermeiros específicos de fisioterapia que estão ali a trabalhar só com aqueles bebés (...) explicar as coisas aos pais, falar mais abertamente com os pais, explicar a importância do sono e descanso nestes bebés e a não manipulação excessiva, basicamente seria a ideia de criar um enfermeiro mais específico nesta situação (...) E010</p> <p>(...) embora com a colaboração de toda a equipa, pois esse enfermeiro não estaria sempre presente, mas pelo menos teria um papel específico nesta área, serviria como elo de ligação na equipa multidisciplinar, de forma a terminar com uma certa tensão que existe no trabalho desta equipa multidisciplinar, e também uma questão de falarmos todos a mesma linguagem (...) E010</p> <p>(...) quem conta um conto acrescenta um ponto, mas também quem passa um turno há informação que se perde e se tivéssemos um enfermeiro mais por dentro de todas as situações, mais difícil é perder informação e vai haver uma concentração de esforços e sinergias para que isto ande para a frente. E010</p> <p>(...) acho que ajudava muito se os pais tivessem um acompanhamento mais específico por um elemento da equipa multidisciplinar, pois muitas vezes as informações se perdem, estamos sempre a perguntar as mesmas coisas aos pais, eles pensam que estamos a meter na vida deles, por isso podíamos servir como mediadores desse profissional especializado que acompanhasse esses pais. E021</p> <p>(...) por isso a ideia do tal enfermeiro especializado. E010</p>	

<b>Tema:</b> Para cuidar melhor G (O que o enfermeiro percebe como necessário para melhorar os cuidados à criança e família)	
<b>Categoria:</b> Recursos G3	
<b>Subcategoria:</b> Apoio psicológico (Pais e Enfermeiros) G3.3	
<b>Unidade de registo:</b>  <p>(...) Acho que poderia, também, fazer parte desta equipa um psicólogo, que possa falar e orientar aquelas mães (...) E012</p> <p>[Psicólogo] (...) que nos possa, também, orientar a nós, uma pessoas a quem possamos colocar as nossas questões, faz-nos falta alguém a quem possamos recorrer e colocar as nossas dúvidas, por exemplo: se agente deve conversar muito com estes pais? Se devemos acreditar neles? Se devemos dar aquela importância toda que agente dá ou não? Pois, como eles nos enganam, até que ponto é que podemos acreditar no que eles nos dizem ou quando devemos nos desligar, ou se deve-se continuar a estabelecer uma relação (...) E012</p> <p>(...) o que acho é que esses pais precisavam de um acompanhamento de um técnico especializado, um psicólogo, alguém que lhes ajudasse a ultrapassar este momento que estão a atravessar agora (...) E021</p>	

<b>Tema:</b> Para cuidar melhor G (O que o enfermeiro percebe como necessário para melhorar os cuidados à criança e família)	
<b>Categoria:</b> Recursos G3	
<b>Subcategoria:</b> Continuidade dos cuidados G3.4	
<p><b>Unidade de registo:</b></p> <p>(...) nós não seguimos estas crianças, é a saúde comunitária, mas acho que, devíamos ter um contacto direto com as colegas que vão seguir estas famílias e pô-las a par de tudo, ainda mais que entregamos a carta de alta aos pais e não sabemos se chega ao destino (...) E015</p> <p>(...) deveríamos fazer sempre um contacto telefónico para as colegas (...) E015</p> <p>(...) acho importante que estas famílias serem seguidas. Uma pessoa pode estar em programa de metadona e ser uma boa mãe, é preciso haver recursos humanos de apoio e não só financeiro (...) E023</p> <p>(...) uma rede de apoio a estas mães, mais suporte social (...) E023</p> <p>[família] (...) serem monitorizadas de outra forma, uma vigilância mais apertada, se vão todos os dias ao tratamento, seguimento de consultas, visitas domiciliárias (...) E023</p> <p>Há que ser mais rigorosos no acompanhamento em casa, porque aqui parece que está tudo controlado, mas quando regressam à comunidade, as tentações são outras, bem como as dificuldades. E023</p>	

<b>Tema:</b> Para cuidar melhor G (O que o enfermeiro percebe como necessário para melhorar os cuidados à criança e família)	
<b>Categoria:</b> Recursos G3	
<b>Subcategoria:</b> Recursos Físicos G3.5	
<p><b>Unidade de registo:</b></p> <p>(...) acho que deveria haver uma sala mais isolada para estes casos, com menos luz, mais calmo, silencioso, que é o que inicialmente estes bebés necessitam para ficar mais confortáveis e recuperarem mais rapidamente. E009</p> <p>(...) e o ideal era ter uma sala isolada para estes casos, com um ambiente mais calmo, menos luz, menos barulho (...) E009</p> <p>(...) Era uma das coisas que podia nos ajudar muito, ter uma sala mais isolada, pode ser que no novo hospital tenhamos melhores condições (...) E009</p> <p>Quanto ao espaço físico, acho que estas crianças não devem ser isoladas, separadas, não há necessidade de pô-las separadas das outras crianças, maior privacidade sim (...) E012</p> <p>(...) uma coisa que eu acho muito importante é que aquelas crianças ficassem, não isoladas, mas mais resguardadas para que pudéssemos oferecer-lhes os cuidados que elas precisam (...) E021</p>	





**ANEXO VIII: Quadro síntese e tabulação dos Temas por Categorias,  
Subcategorias e Sub-subcategorias**



TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FREQ. SUBCATEGORIA	FREQ. CATEGORIA
A criança <b>A</b>  (como o enfermeiro percebe a criança de quem cuida)	É difícil de cuidar <b>A1</b>  (Os diversos motivos porque a criança é difícil de cuidar)	Difícil <b>A1.1</b>	11	94
		Inconsolável <b>A1.2</b>	3	
		Irritável <b>A1.3</b>	3	
		Choro intenso <b>A1.4</b>	15	
		Padrões de sono e repouso alterado <b>A1.5</b>	9	
		Padrão alimentar alterado <b>A1.6</b>	9	
		Irrequieta e difícil de acalmar <b>A1.7</b>	23	
		Insuportável <b>A1.8</b>	2	
		Exigente <b>A1.9</b>	16	
		Difícil controle da sintomatologia <b>A1.10</b>	3	
	Está em sofrimento <b>A2</b>	Que se percebe <b>A2.1</b>	8	20
		Sintomatologia exacerbada <b>A2.2</b>	12	

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FREQ. SUBCATEGORIA	FREQ. CATEGORIA
Os pais <b>B</b>  (como o enfermeiro percebe os pais da criança de quem cuida)	Têm dificuldades <b>B1</b>  (dificuldades dos contextos)	Dificuldades socioeconómicas <b>B1.1</b>	13	16
		Baixo nível cultural <b>B1.2</b>	3	
	São Peculiares <b>B2</b>  (como os enfermeiros os definem /caracterizam)	Desorganizados enquanto família <b>B2.1</b>	7	88
		Problemáticos <b>B2.2</b>	37	
		Papel de vítimas <b>B2.3</b>	5	
		Jovens e desgastados <b>B2.4</b>	4	
		Doentes <b>B2.5</b>	5	
		Responsáveis pela situação <b>B2.6</b>	16	
		Sentem vergonha e culpa <b>B2.7</b>	6	
		Peritos na situação <b>B2.8</b>	8	

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FREQ. SUBCATEGORIA	FREQ. CATEGORIA
Os pais no cuidado à criança C  (Como o enfermeiro percebe o cuidado dos pais ao seu filho)	Dificuldades no cuidar C1 (há cuidados que não são capazes de prestar)			6
	Competências no cuidar C2 (há cuidados que são capazes de prestar)			9
	Atitudes no cuidar C3 (atitudes quando cuidam dos filhos)	Facilitadoras da parentalidade e vinculação C3.1	36	72
Dificultadoras da parentalidade e vinculação C3.2		36		

TEMA	CATEGORIAS	FREQ. CATEGORIA
Os sentimentos e as sensações no cuidar D  (O que o enfermeiro sente quando cuida da criança e família)	Frustração D1	16
	Ansiedade D2	14
	Cansaço D3	11
	Revolta D4	4
	Sofrimento D5	5
	Aflição D6	5
	Afeição D7	6
	Satisfação D8	10
	Desafio D9	7
	Reconhecimento D10	13

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FREQ. SUBCATEGORIA	FREQ. CATEGORIA
As dificuldades no cuidar E  (as dificuldades sentidas pelo enfermeiro quando cuida da criança e família)	Falta de recursos E1	Humanos E1.1	4	9
		Físicos E1.2	5	
	Família E2	Relação difícil E2.1	14	30
		Comunicação difícil E2.2	16	
	Trabalho da equipa E3	Descoordenação E3.1	15	25
		Deficit de comunicação E3.2	10	
	Falta de formação específica E4			3
Desatualização do Instrumento de Avaliação E5			10	
Falta de uniformização dos cuidados E6			2	

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	SUB-SUBCATEGORIAS	FREQ. SUB-SUBCATEGORIA	FREQ. SUBCATEGORIA	FREQ. CATEGORIA	
Para cuidar bem F  (focos de atenção do enfermeiro quando cuida da criança e família)	Proporcionar o Bem-Estar da criança F1  (Intervenções do enfermeiro direcionadas às necessidades da criança)	Gerir o ambiente F1.1			25	74	
		Gerir padrão alimentar F1.2			9		
		Tocar F1.3			14		
		Controlar a dor F1.4			5		
		Gerir regime terapêutico F1.5	Preparação/ Administração e resposta terapêutica F1.5.1	14	21		
		Avaliação F1.5.2	7				
	Promover a parentalidade e a vinculação F2  (como o enfermeiro promove cuidados parentais e o laço afetivo criança/pais)	Conversar com os pais F2.1				12	81
		Parceria de cuidados F2.2	Ensinar F2.2.1	23	69		
			Apoiar/ Supervisionar F2.2.2	18			
		Encaminhar F2.2.3	28				

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FREQ. SUBCATEGORIA	FREQ. CATEGORIA
Para cuidar melhor <b>G</b>  (O que o enfermeiro percebe como necessário para melhorar os cuidados à criança e família)	Melhorar as Intervenções <b>G1</b>	Relacionadas com a alimentação <b>G1.1</b>	11	36
		Relacionadas com o relaxamento e conforto <b>G1.2</b>	9	
		Relacionadas com a aplicação do IF e avaliação da criança <b>G1.3</b>	3	
		Instituir e cumprir Protocolos (contexto terapêutico e de avaliação) <b>G1.4</b>	13	
	Mais Formação <b>G2</b>			14
	Recursos <b>G3</b>	Mais enfermeiros <b>G3.1</b>	2	21
		Enfermeiro de referência <b>G3.2</b> (como elo de ligação com a família e os serviços de saúde)	5	
		Apoio psicológico (aos pais e enfermeiros) <b>G3.3</b>	3	
		Continuidade dos cuidados <b>G3.4</b>	6	
		Recursos Físicos <b>G3.5</b>	5	

---

Sílvia Maria Garcia Pereira