



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA  
PARENTALIDADE POSITIVA**

**NURSING INTERVENTIONS PROMOTING POSITIVE  
PARENTING**

Por

Paula Jerónimo

Lisboa, 2019





**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

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

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA  
PARENTALIDADE POSITIVA  
NURSING INTERVENTIONS PROMOTING POSITIVE  
PARENTING**

Por

Paula Jerónimo

Sob a orientação da Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 2019



“Não existe revelação mais nítida da  
alma de uma sociedade do que a forma  
como esta trata as suas crianças”

Nelson Mandela



## **AGRADECIMENTOS**

À Família – Hélio, Bia & Carol, pelo apoio incondicional, pela motivação, pela paciência e por me fazerem rir!

Às Enfermeiras Susana, Erica, Ivete e Nádia, pela disponibilidade, pela partilha de conhecimentos e por terem contribuído para o enriquecimento deste percurso.

À Orientadora Professora Doutora Zaida Charepe, pela paciência, apoio, humanismo, disponibilidade, pelos conhecimentos partilhados e pelo sentido crítico na orientação.

Às Instituições que me receberam, porque me fizeram “sentir em casa”.

Aos meus Amigos, Colegas e Chefe de Serviço, pelo incentivo.

Aos Amigos que fiz durante este percurso – Luis, Rita e Xana, pelos momentos partilhados.



## RESUMO

Este relatório tem como finalidade refletir sobre o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, durante o estágio no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ao longo deste percurso, a Mestranda selecionou como temática central - “Intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva”, porque pela sua experiência constatou, que os pais têm necessidade de informação a vários níveis, que conduzam ao saudável desenvolvimento dos seus filhos. O enfermeiro especialista tem um papel basilar e facilitador no apoio e “empoderamento” destes pais.

Tendo em conta uma prática reflexiva e a prática fundamentada na evidência, a Mestranda utilizou como referencial teórico Afaf Meleis a partir da Teoria das Transições (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Assim como, uma pesquisa bibliográfica através da concretização de uma revisão scoping, que teve como objetivo, mapear a evidência científica disponível acerca das intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva, dirigida aos pais de crianças dos 0 aos 3 anos de idade.

Nesta linha condutora, a Mestranda delineou como objetivo específico: Aprofundar e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica através do desenvolvimento de intervenções de enfermagem para a promoção de uma parentalidade positiva. Para dar resposta a este objetivo, as principais atividades desenvolvidas foram a pesquisa bibliográfica e sessões informativas (aos enfermeiros e aos pais), com base no diagnóstico situacional em cada contexto e numa prática reflexiva.

No decorrer deste percurso, a Mestranda pode afirmar que adquiriu as competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, demarcadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), dando ênfase à assistência da criança/jovem e família, na maximização da sua saúde, em qualquer contexto.

Palavras-chave: parentalidade, enfermagem, intervenção.

## **ABSTRACT**

This report aims to reflect on the development of competencies of Nursing Specialist in Child and Pediatric Health Nursing, during the internship in the scope of the Master Course in Nursing, with Specialization in Child and Pediatric Health Nursing.

Throughout this course, the Master student selected as central theme - "Nursing interventions promoting positive parenting", because her experience has shown that parents need information at various levels that lead to the healthy development of their children. The nurse specialist has a basic role and facilitator in the support and "empowerment" of these parents.

Taking into account a reflexive practice and evidence-based practice, the Master used Afaf Meleis as a theoretical reference from the Theory of Transitions (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). As well as a bibliographical research through the accomplishment of a scoping review, which aimed to map the available scientific evidence about the nursing interventions that promote positive parenting, directed at the parents of children from 0 to 3 years of age.

In this guideline, the Master student outlined as a specific objective: To deepen and develop technical, scientific and human skills of Nursing Specialist in Child and Pediatric Health Nursing through the development of nursing interventions to promote positive parenting. In order to respond to this objective, the main activities developed were bibliographic research and informative sessions (to nurses and parents), based on the situational diagnosis in each context and in a reflective practice.

During this course, the Master can affirm that she acquired the skills of Specialist Nursing in Child and Pediatric Health Nursing, demarcated by the Order of Nurses (2018), emphasizing the child / youth assistance and family, in the maximization of their health, in any context.

Key words: positive parenting, nursing, interventions.

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – cuidados de saúde primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

et al. – e outros

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JBI – The Joanna Briggs Institute

n.d. – sem data

NIDCAP – Nursery Assessment and Certification Program (Programa de Cuidados Centrados no Desenvolvimento)

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – recém-nascido

RNs – recém-nascidos

RNPT- recém-nascido pré-termo

SNS – Sistema Nacional de Saúde

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação



## ÍNDICE

	Página
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>19</b>
<b>1.1 – TEORIA DAS TRANSIÇÕES – AFAF MELEIS (2000)</b>	<b>21</b>
<b>1.2 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA PARENTALIDADE POSITIVA DIRIGIDA AOS PAIS DE CRIANÇAS DOS 0 AOS 3 ANOS – SCOPING REVIEW</b>	<b>26</b>
<b>2 – PERCURSO DESENVOLVIDO: RUMO ÀS COMPETÊNCIAS DE EESIP</b>	<b>37</b>
<b>2.1 – URGÊNCIA PEDIÁTRICA</b>	<b>39</b>
<b>2.1.1 – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	<b>40</b>
<b>2.1.2 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b>	<b>45</b>
<b>2.2 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS, UM (RE)ENCONTRO</b>	<b>46</b>
<b>2.2.1 - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	<b>47</b>
<b>2.2.2 – COMPETÊNCIAS AQUIRIDAS</b>	<b>51</b>
<b>2.3 – UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIDADE, UM DESAFIO</b>	<b>52</b>
<b>2.3.1 - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	<b>54</b>
<b>2.3.2 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b>	<b>57</b>
<b>3 – CONCLUSÃO</b>	<b>59</b>
<b>4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>63</b>

## **ANEXOS**

	Página
<b>Anexo I – Pedido de autorização para a utilização de diagrama</b>	
Concetual – Transições: Teoria de Médio Alcance	75
<b>Anexo II – Certificação de participante na Ação de Formação em Serviço</b>	79

## **APÊNDICES**

<b>Apêndice I – Sessão Formativa “Intervenção de Enfermagem</b>	
Na Promoção da Parentalidade Positiva”	85
<b>Apêndice II – Relatório da Sessão Formativa “Crescer Saudável”</b>	101
<b>Apêndice III – Diário de Aprendizagem na UCIN</b>	105
<b>Apêndice IV – Sessão Formativa “Estimular os 5 Sentidos do</b>	
Recém-Nascido	121
<b>Apêndice V – Folheto “Estimular os 5 Sentidos do Recém-Nascido”</b>	143
<b>Apêndice VI – Cartaz ““Estimular os 5 Sentidos do Recém-Nascido”</b>	147
<b>Apêndice VII – Folheto “Transporte do Recém-Nascido”</b>	151
<b>Apêndice VIII – Diário de Aprendizagem na UCSP</b>	155
<b>Apêndice IX – Sessão Formativa “Como Promover a Parentalidade</b>	
Positiva nos Cuidados de Saúde Primários”	169
<b>Apêndice X – Poster “Consequências imediatas, a curto e a longo</b>	
prazo da dor no recém-nascido na UCIN: Revisão Narrativa	
da Literatura	193

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
<b>Figura 1</b> – Transições: Teoria de Médio Alcance	25
<b>Figura 2</b> – Fluxograma Prisma, adaptado do proposto no manual metodológico para revisões Scoping do Joanna Briggs Institute	30

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Caracterização dos estudos incluídos na revisão	30
---	----



## **INTRODUÇÃO**

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e tem como finalidade expor o percurso de aprendizagem realizado ao longo do estágio, nos seguintes contextos: Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Cuidados de Saúde Primários e Serviço de Internamento, ao qual teve creditação, devido à experiência profissional anterior.

De acordo, com o Plano de Estudos do Curso para a prossecução da aprendizagem, a metodologia utilizada foi a realização de um Projeto para cada contexto, delineando objetivos assim como a realização de atividades para dar resposta aos objetivos; tendo por base a temática selecionada e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Também foi necessário uma análise crítica e reflexiva, mobilização de conhecimentos e pesquisa bibliográfica.

A temática selecionada tem por base a promoção da parentalidade positiva para um saudável desenvolvimento da criança, através de intervenções de enfermagem. Na perspetiva da Mestranda esta problemática constitui um desafio, uma vez que, as tendências atuais em Portugal são preocupantes, devido a diversos aspetos, nomeadamente, baixa de natalidade, aumento da morbilidade e doenças crónicas. Existem crianças abandonadas e negligenciadas, os acidentes infantis são uma constante, o sedentarismo aumentou assim como a obesidade infantil e consequentes desequilíbrios nutricionais. Perante este quadro situacional existe um vasto espaço de intervenção da enfermagem especializada em saúde da criança e do jovem, tendo a possibilidade de atuar em qualquer contexto (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015a).

A transição para a parentalidade é um processo dinâmico e nada pacífico, os pais têm de ter consciência da sua total responsabilidade, durante cerca de 18 anos. A responsabilidade irá trazer-lhes felicidade e ansiedade. Esta ansiedade se for em excesso pode ser prejudicial tanto para o bebé, como para a família (Brazelton, 2010). O relacionamento pais-filhos, assim como, os cuidados parentais são o

recurso emocional e cognitivo mais importante para o desenvolvimento emocional, intelectual e comportamental da criança (Pereira & Agostinho, n.d.).

Contudo, a maioria dos jovens pais são inseguros e receiam não estar a educar os filhos da melhor maneira (Brazelton, 2010, p.14). Pereira e Agostinho (n.d.) também referem que têm verificado uma progressiva insegurança e, por vezes, preocupante angústia na vivência e na assunção da função parental.

Nestas situações complexas o EEESIP tem um papel importante e fundamental, porque trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto e os cuidados prestados são de nível avançado, seguros, competentes e diligenciam a satisfação da criança e suas famílias (...) (OE, 2018). E ainda tendo por base os Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados na Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2015a), os cuidados de enfermagem têm como finalidade promover as competências da criança/jovem, resultando na maximização e potenciação da saúde através dos cuidados antecipatórios, promoção da vinculação (...), reconhecendo na família valor e competências como um recurso de intervenção.

Portanto, a temática selecionada - “Intervenções de Enfermagem Promotoras da Parentalidade Positiva” é sem dúvida um tema atual, pertinente e que vai de encontro aos documentos normativos. Ao longo deste relatório vão ser conhecidas as intervenções utilizadas para promover a parentalidade positiva.

Neste âmbito, este relatório foi organizado da seguinte forma: No primeiro capítulo, surge o enquadramento teórico demonstrando a pertinência da temática; o quadro de referência que sustenta o percurso realizado, sendo ele, a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), e para terminar, a apresentação de uma revisão de literatura (scoping review), sob o protocolo The Joanna Briggs Institute (JBI).

No segundo capítulo vai ser apresentado todo o percurso realizado em cada um dos contextos, uma breve descrição do local de estágio, os objetivos delineados para cada contexto, assim como as atividades desenvolvidas tendo em conta a excelência dos cuidados e a maximização e potenciação da saúde da criança/jovem e família.

No terceiro capítulo, é feita uma análise crítica e reflexiva do percurso realizado, assim como os contributos para a aquisição de competências de EEESIP e Mestre.

No quarto e último capítulo, apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas para a realização do relatório; por último encontram-se os anexos e apêndices, que foram referenciados ao longo do trabalho.

O presente trabalho encontra-se redigido segundo normas da American Psychological Association (APA 6a edição, 2010) e, consideram-se as regras do novo acordo ortográfico.



## 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atualmente, a sociedade em geral, está sensibilizada para as necessidades e a promoção do bem-estar da criança, assim como o apoio a quem se torna pai ou mãe. Infelizmente, são escassas as políticas e incentivos em Portugal, associadas às necessidades das famílias. Tendo em conta esta vulnerabilidade, o exercício parental pode ser comprometido e não se verificar um desenvolvimento infantil harmonioso. A OE (2015b), refere que a parentalidade é considerada uma questão de saúde pública bastante relevante que a sociedade enfrenta.

A Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1990), no artigo 27, alude que a criança tem direito a um nível adequado de vida e que é responsabilidade dos pais cuidarem dos seus filhos proporcionando-lhes o que estes precisam. Por outro lado, é da responsabilidade do Estado, assegurar que os pais cumprem o seu papel e apoiá-los com bens materiais, caso seja necessário.

Para Barroso e Machado (2010), a parentalidade é definida como um conjunto de tarefas necessárias desempenhadas pelos progenitores/cuidadores que promovam o desenvolvimento dos seus filhos ao nível físico, psicológico e social. No entanto, a parentalidade, depende das capacidades dos pais, tendo em conta as suas experiências de vida. Estas não podem ser generalizadas porque dependem da estrutura familiar e das exigências da sociedade (Xavier et al., 2013, citados por Corvo, 2015).

Contudo, nem todos os que se tornam pais conseguem adotar competências e recursos emocionais para lidar com o exercício da parentalidade (Corvo, 2015). Segundo Cury (2003), qualquer pessoa pode ter um filho, mas nem todos poderão conseguir ser bons pais.

A transição para a parentalidade pode ser um desafio e um momento stressante para os pais, que têm que aprender como lidar com o bebé. Ser Pai/Mãe, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2015, p.71), significa

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

Strech (2015), considera que a parentalidade é absolutamente dinâmica e singular, decorre num padrão de comunicação e de relação (como um livro de afetos) que perdura a vida toda (...).

Sendo o exercício da parentalidade um aspeto tão importante da sociedade, o Conselho da Europa (2006) considera que esta questão também faz parte da esfera política e social, e como tal, devem ser criadas estruturas e serviços que permitam aos pais exercerem uma parentalidade com competências. E vai mais longe, referindo que a parentalidade tem que ser positiva, ou seja, o comportamento dos progenitores tem que respeitar os melhores interesses e direitos da criança, conforme convenção das Nações Unidas, têm que proporcionar sustento, estrutura e orientação, reconhecimento, empoderamento/autonomia e educação não-violenta. A parentalidade na sua vertente positiva é abordada como um processo de transição com propriedades e condições facilitadoras e inibidoras onde se incluem os recursos de apoio (Lopes, 2012).

A quantidade e a qualidade do apoio social que os pais recebem é determinante para o desenvolvimento da criança no futuro (Bennett C.T. et al., 2017). Fielden e Gallagher (2008), são da opinião que as enfermeiras de saúde infantil estão numa posição privilegiada para promover o capital social e ajudar a reconstruir as comunidades em que trabalham para melhorar os resultados dos pais.

A Teoria de Anne Casey (1998), defende que os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos, os enfermeiros só têm que elaborar um plano de cuidados promovendo o envolvimento negociado (parceria de cuidados), tendo em conta os conhecimentos e as capacidades dos pais, de modo a que estes desenvolvam o seu papel parental (OE, 2012).

Hockenberry e Wilson (2014, p.12), mencionam que o enfermeiro tem que ser cuidador e advogado da família, e como advogado, assiste a criança e família nas escolhas informadas e no agir para o melhor interesse da criança. Compete aos enfermeiros que se encontram em contato direto com os pais, adotarem um papel facilitador neste processo transicional e considerarem a criança e a família como parceiros de cuidados (OE, 2011). Para que os pais tomem decisões conscientes e

esclarecidas, ou seja, deem o seu consentimento livre e esclarecido, compete aos profissionais de saúde facultar previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos (Resolução da Assembleia da República nº1/2001, artigo 5º).

É nesta sequência que surge o “empowerment” ou empoderamento (em português), consiste num processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses. Ao terem a informação antecipada ganham controlo sobre a sua própria vida (Organização Mundial de Saúde, 2001). De uma forma geral o empoderamento refere-se à expansão da liberdade de escolha e de ação (Ramos, 2001).

As competências do EEESIP, vão precisamente de encontro a esta problemática, porque visam a assistência da criança/jovem e família na maximização da sua saúde, cuidam da criança/jovem e família em situações de especial complexidade e prestam cuidados específicos às necessidades do ciclo de vida da criança/jovem. Esta temática também foi contemplada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (2012, p.5), em que uma das linhas-mestres é a

*“Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde”*

Aprofundar esta temática tem como objetivo a melhoria dos cuidados à criança/jovem e família, assim como, contribuir para a promoção do desenvolvimento do papel parental, tendo como subsídio o desenvolvimento saudável das crianças.

## **1.1 – TEORIA DAS TRANSIÇÕES – AFAF MELEIS (2000)**

Para a continuidade do percurso houve necessidade do apoio num referencial teórico, para as atividades realizadas se basearem em evidência científica, ou seja, a prática baseada na evidência. Uma das características de uma profissão é o aumento do seu corpo de conhecimentos próprios, resultante da investigação (Vieira, p.108). É necessária uma evolução para uma prática cada vez mais baseada nas Teorias de Enfermagem, no sentido de uma “Enfermagem Avançada”, com mais

competências para o desempenho centrado numa lógica conceitual (...) (Silva, Bettencourt & Paixão, 2016). A teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos (Tomey & Alligood, 2004).

Florence Nightingale foi a impulsionadora de toda esta evolução, pois veio transformar a enfermagem numa profissão, para além da vocação, configurando os primeiros traços da enfermagem atual (Vieira, p.80). Os aspetos ambientais da sua teoria (ventilação, calor, dieta e limpeza), fazem parte integrante dos cuidados de enfermagem atuais (Tomey & Alligood, 2004).

Posteriormente, através da busca incessante de um corpo de conhecimentos, começam a surgir novas filosofias, modelos e teorias e neste continuum surge a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Para Meleis (2010), as transições constituem o foco central da enfermagem, uma vez que, os enfermeiros prestam cuidados diariamente a pessoas que enfrentam mudanças na sua vida que afetam a sua saúde (por exemplo, admissão hospitalar, mudança de país, doença crónica, prematuridade, desastres naturais). As transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes (Meleis, 2010, p.11).

As transições têm sido definidas de diferentes formas, pelo que é importante conhecer a definição de Meleis (2010, p.11), onde a transição é entendida como

*"it is a passage from one fairly stable state to another fairly stable state, and it is a process triggered by a change. Transitions are characterized by diferente dynamic stages, milestones, and turning points and can be defined through processes and/or terminal outcomes"*<sup>1</sup>

A palavra transição significa o ato ou efeito de passar de um lugar, de um estado ou de um assunto para outro (Chick & Meleis, 1986, p. 239). As transições estão invariavelmente relacionadas com mudança e desenvolvimento e a sua duração é invariável pois o processo de transição é experienciado por cada pessoa individualmente (Chick & Meleis, 1986).

Face a este pressuposto, pretende-se operacionalizar a Teoria de Afaf Meleis, através de intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva, remetendo-nos para uma transição de natureza desenvolvimentista. Segundo Meleis

---

<sup>1</sup> "é uma passagem de um estado bastante estável para outro estado bastante estável e é um processo acionado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes etapas dinâmicas, marcos, e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou resultados finais".

(2010), são transições essencialmente focadas no indivíduo e retratam as transições da pessoa ao longo do ciclo vital no seu desenvolvimento, sendo que a parentalidade e a adolescência, são as que têm tido mais atenção.

Meleis (2010, p.11) na construção da sua Teoria, começou por concetualizar problemas potenciais que as pessoas poderiam apresentar por não estarem preparadas para a transição (*Incapacidade para o Papel*) e por descrever a prevenção bem como intervenção terapêutica (*Recuperação do Papel*).

A *Incapacidade para o Papel*, reflete-se em qualquer dificuldade que seja percebida pelo próprio ou por outros. Normalmente manifesta-se quando assumem novos papéis, nomeadamente, um papel de risco, papel de recuperação, papel de pai, papel de profissional recém-licenciado, entre outros (Meleis, 2010, p.11).

A intervenção de enfermagem foca-se na *Recuperação do Papel*, que é definida como qualquer processo deliberativo onde a *Incapacidade para o Papel* (ou potencial) é identificada e as condições e estratégias para a sua clarificação são usadas enquanto prevenção ou intervenção terapêutica (Meleis, 2010). Quando usada para clarificar papéis, antecipando uma transição, é considerada preventiva. Quando a *Incapacidade para o Papel* se manifesta, a sua utilização é considerada terapêutica.

Esta teoria é considerada de médio alcance, uma vez que, propõe efeitos menos abstratos do que as grandes teorias e mais específicas para a prática de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). Por isso tem grande aplicabilidade na pesquisa e prática clínica, contudo, são várias e complexas as estratégias e bases metodológicas para o seu desenvolvimento (Brandão, Martins, Peixoto, Lopes & Primo, 2017).

Para confirmar a aplicabilidade da teoria das transições, Santos et al. (2015), elaboraram um estudo com o objetivo de analisar a transversabilidade dos conceitos da Teoria na prática da enfermagem. Constataram a transversabilidade nos documentos normativos que regulam a profissão de enfermagem, sendo os conceitos da Teoria sensíveis aos conceitos basilares da essência da enfermagem (pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem).

Por tudo o que foi referido anteriormente, a temática escolhida para este relatório – Intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva, enquadra-se na “Teoria das Transições” de Meleis, uma vez que, tornar-se pai ou mãe, constitui segundo a autora uma transição, assim como o desempenho da parentalidade.

O facto de nos tornarmos pais, constitui uma transição na nossa vida. Segundo Chick e Meleis (1986), a transição acomoda tanto as continuidades quanto as descontinuidades nos processos de vida dos seres humanos. Como podemos observar na figura 1, que é representativa da Teoria das Transições, esta é composta pela natureza das transições, pelas condições das transições e pelos padrões de resposta.

Dentro da natureza das transições, constatamos que existem vários tipos de transições (desenvolvimento, situacional, saúde/doença e organizacional). Relativamente ao padrão, as transições podem ser simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas. Cada transição caracteriza-se por ser única, complexa e multidimensional e apresenta propriedades como a consciencialização (relacionada com a perceção, conhecimento e identificação da experiência de transição), envolvimento (grau de empenho no processo de transição), mudança e diferença (está relacionado com as expectativas que são criadas à volta da transição), espaço temporal (todas as transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo), acontecimentos e pontos críticos (as transições podem ter como referência uma situação marcante, existe uma consciência de mudança e um envolvimento na transição). Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000), afirmam que cada ponto crítico exige do enfermeiro atenção, conhecimento, experiência, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para os indivíduos.

Ainda na figura 1, as autoras defendem, que existem condicionantes que podem facilitar ou inibir uma transição. Os condicionantes pessoais, estão relacionadas com as crenças e atitudes, o status socioeconómico, a preparação e o conhecimento. As condicionantes da comunidade e da sociedade também podem facilitar ou dificultar a transição.

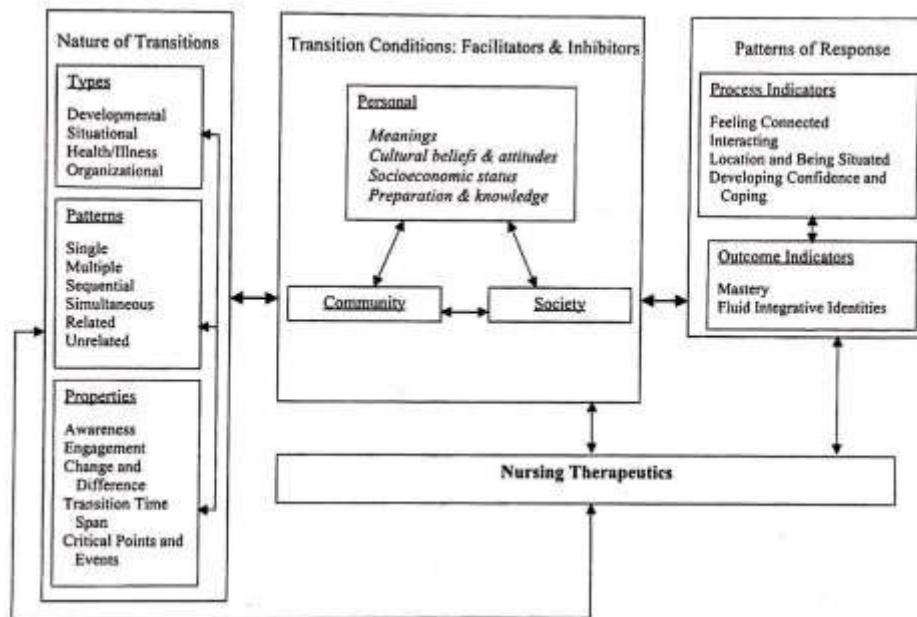
Os padrões de resposta perante as transições podem ser de dois tipos, nomeadamente, indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo envolvem: “*o sentir-se ligado*” às pessoas, à família, aos profissionais de saúde; “*o interagir*” com pessoas na mesma situação com o objetivo de reformular resposta às transições; “*o estar situado*”, ou seja, desligar-se do passado e aceitar novos desafios e por último, “*desenvolver confiança e estratégias de coping*”. Os indicadores de resultado, revelam-se pelo domínio de novas competências e

reformulação de identidades. A mestria traduz-se por um progresso nas capacidades e competências do indivíduo, experienciar uma transição com sucesso.

Nesta lógica de pensamento, a percepção dos indicadores de resposta permite aos enfermeiros uma melhor compreensão não só acerca do processo de transição experienciado pelos seus clientes, mas também das consequências que este processo exerce sobre o seu domínio biopsicosociocultural (Zagonel, 1999).

A teoria das transições vai de encontro às competências do EEESIP, em virtude de este especialista estar preparado para fazer uma avaliação da família e responder às suas necessidades, no concerne, à adaptação das mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2018).

Figura 1 – Transitions: a middle-range theory<sup>2</sup> (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000, p.17)



Com autorização, de Afaf Ibraim Meleis (ANEXO I)

<sup>2</sup> Transições: teoria de médio alcance

## 1.2 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA PARENTALIDADE POSITIVA DIRIGIDAS AOS PAIS DE CRIANÇAS DOS 0 AOS 3 ANOS – SCOPING REVIEW

### RESUMO:

A parentalidade positiva é um processo basilar nos três primeiros anos de vida da criança, proporcionando um desenvolvimento e crescimento seguro, promovendo sempre o superior interesse da criança e prevenindo alterações de comportamento. Assim, é fundamental que os enfermeiros apoiem os pais e centrem os cuidados na família e desenvolvam intervenções que promovam a parentalidade positiva com o objetivo de os dotar de competências e conhecimentos para poderem cuidar dos seus filhos.

**Objetivo:** Mapear a evidência científica disponível acerca das intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva dirigidas aos pais de crianças dos 0 aos 3 anos.

**Método:** Realizou-se uma revisão scoping, seguindo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, nas bases de dados PubMed e EBSCOhost Cinahl, nos idiomas português e inglês e na janela temporal 2012 a 2018.

**Resultados:** Foram incluídos nesta revisão 13 estudos. A investigação encontrada inclui estudos de natureza quantitativa, qualitativa e mistos, revisões e revisões sistemáticas da literatura e teses de doutoramento. A maioria dos estudos adotaram programas para o apoio à parentalidade positiva, com diversos focos. Um estudo utilizou 3 escalas para a autoavaliação da parentalidade positiva.

**Conclusão:** A maioria dos programas utilizados contribuíram para apoiarem os pais nas suas necessidades no papel parental.

**Palavras-chave:** Parentalidade Positiva, Enfermagem, Intervenções.

### INTRODUÇÃO

Atualmente, a sociedade em geral, está bastante sensibilizada para as necessidades e promoção do bem-estar da criança, assim como o apoio a quem se torna pai ou mãe. Infelizmente, são escassas as políticas e incentivos em Portugal, associadas às necessidades das famílias. Tendo em conta esta vulnerabilidade, o exercício parental pode ser comprometido e não se verificar um desenvolvimento infantil harmonioso.

O termo PARENTALIDADE, surgiu nos anos 60 do século passado, através de Paul Claude Recamier, só tendo sido utilizado a partir dos anos 80, para referir os papéis e funções parentais, este conceito alude, que não basta ser progenitor, nem ser designado de pai ou mãe, para preencher os critérios de um papel familiar tão complexo. Tornar-se pai ou mãe é um processo complexo e dinâmico (Martins, 2013).

Para Bennett et al. (2017), a transição para a parentalidade pode ser um desafio e um momento stressante para os pais, que têm que aprender como lidar com o bebé. A quantidade e a qualidade do apoio social que os pais recebem é determinante para o desenvolvimento da criança no futuro. Brazelton (2010), acrescenta que, os pais necessitam tanto de apoio, como o recém-nascido.

Segundo o dicionário de língua portuguesa (2003-2018), o termo “parentalidade” significa o “conjunto das funções e atividades desenvolvidas por um progenitor ou cuidador, com vista ao saudável e pleno desenvolvimento da criança a seu cargo”. Na mesma linha de pensamento, a Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (2015), o termo “parentalidade” é descrito como o ato de tomar conta, ou seja, os pais têm o dever de assumir a responsabilidade sobre o seu filho e proporcionar-lhe atividades para o seu pleno desenvolvimento. À luz da legislação portuguesa, mais concretamente o Código Civil (Dec. Lei nº 47344/66 de 25 de novembro), refere relativamente ao conteúdo do poder paternal que: *“compete aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, prover ao seu sustento, dirigir a sua educação, representá-los, ainda que nascituros, e administrar os seus bens”*.

O Council of Europe (2008), ao termo “PARENTALIDADE” acrescentou o termo “POSITIVA”, este tipo de parentalidade é definido, como um comportamento parental com valores positivos que se baseia no melhor interesse da criança e assegura o seu crescimento e pleno desenvolvimento. Lopes, Catarino e Dixe (2010), também aludem o conceito de Parentalidade Positiva, como o desenvolvimento de padrões de relacionamento saudáveis com os filhos, sendo o comportamento parental baseado no melhor interesse da criança onde assegura a sua educação.

A Parentalidade Positiva é, ainda fundamental nos primeiros 3 anos de vida da criança para aumentar a sua autoestima e autoconfiança e facilitar o seu desenvolvimento (Lopes, Catarino & Dixe, 2010). Também sabemos que o ser humano durante esta fase tem uma grande plasticidade cerebral, facilitando desta

forma a aquisição e integração de conhecimentos. O cérebro cresce rapidamente nos primeiros 3 anos de vida, as funções cognitivas, emocionais e sociais estão intimamente ligadas ao desenvolvimento, as primeiras experiências desempenham um papel crucial no desenvolvimento cognitivo das crianças (Komoto et al., 2015). Outro aspeto bastante importante da Parentalidade Positiva, deve-se ao facto de esta, prevenir os maus tratos infantis (Lopes & Dixe, 2012). Uma intervenção precoce (através de visitas ao domicílio), na identificação de crianças maltratadas pelos pais, aumenta a capacitação dos pais e reduz o número de crianças maltratadas (Ninomiya, Hashimoto, Tani, & Mori, 2017). A Parentalidade Positiva caracteriza-se por um tipo de parentalidade que embora mais tolerante é também exigente em relação aos filhos, mas numa lógica de reciprocidade (<http://www.plataformafamilia.pt/parentalidade-positiva-porque-o-que-e-isso/>). E ainda, os pais têm potencial natural com capacidades próprias para o envolvimento parental positivo com a criança (efetivo, consistente e ativo), a qualidade nas trocas afetivas e sensibilidade dos pais vai permitir interpretar e responder com autenticidade e coerência às necessidades dos filhos.

Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente, aos enfermeiros, que têm um lugar de destaque e primazia junto das famílias, avaliar, fazer o diagnóstico e apoiar esta problemática, uma vez que, a parceria com a família faz parte das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil, delineado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018).

Recorrendo ao North American Nursing Diagnosis Association – Internacional (NANDA-I) (2018-2020), encontramos o diagnóstico de Paternidade ou Maternidade Prejudicada, que é definida pela incapacidade do cuidador primário promover um crescimento saudável da criança. As intervenções sugeridas incluem a proteção de abusos, a manutenção do processo familiar, promoção da paternidade/maternidade, promoção do vínculo e suporte à família.

Assim, é fundamental que os enfermeiros apoiem os pais durante as transições do ciclo de vida e desenvolvam intervenções que promovam a parentalidade com o objetivo de os capacitar de competências parentais e de conhecimentos para cuidarem dos seus filhos. Segundo Meleis et al (2000), afirmam quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparem para melhor lidarem com essas transições através da

aprendizagem e aquisição de novas competências. Barnard, defende que a função da enfermagem, relativamente aos cuidados centrados na família o seu objetivo é dotar as famílias de condições para promover o desenvolvimento dos membros individuais (Tomey & Alligood, 2004).

## **MÉTODOS**

Esta revisão baseou-se na metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (2015) para a realização de Revisões Scoping, e teve os seguintes critérios de inclusão:

**População:** pais com crianças dos 0 aos 3 anos de idade.

**Conceito:** Parentalidade positiva.

**Contexto:** Intervenções de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários e hospitalar.

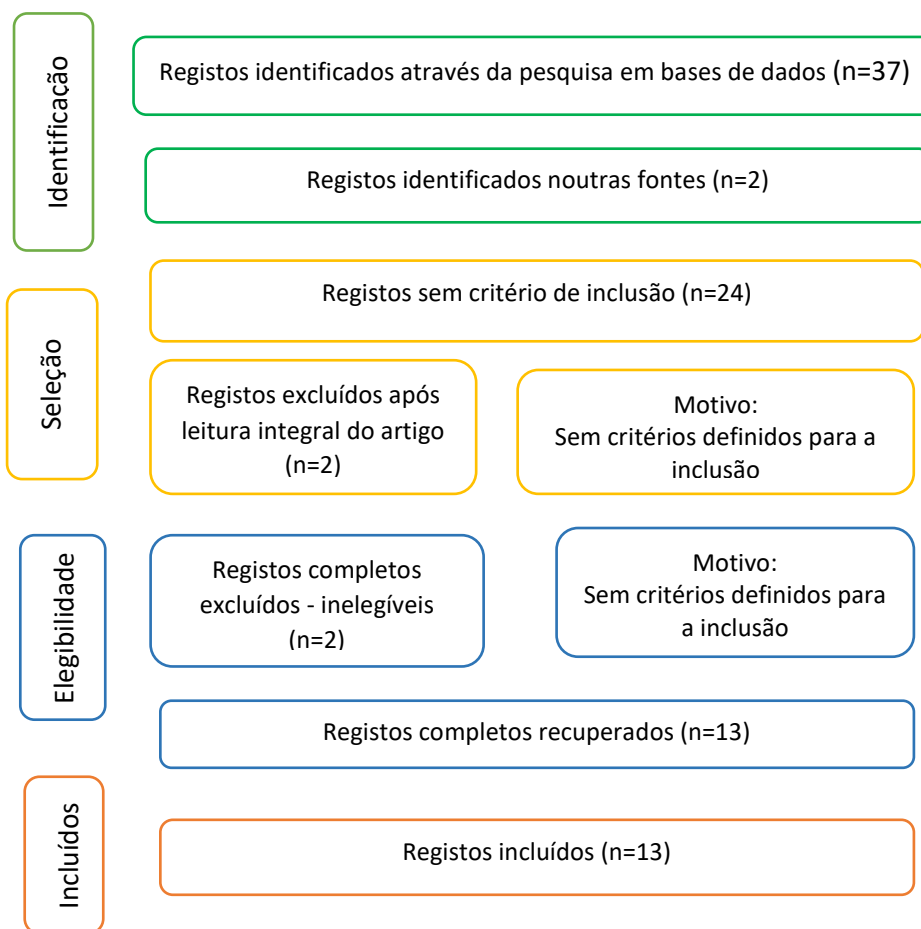
Tipo de estudos: Foram considerados estudos de natureza quantitativa, qualitativa e mistos, revisões e revisões sistemáticas da literatura e teses de doutoramento, publicados em Português e Inglês, na janela temporal de 2012 a 2018.

A estratégia de pesquisa teve como objetivo alcançar estudos publicados e não publicados. Inicialmente, a pesquisa limitou-se às bases de dados Pubmed e EBSCOhost Cinhal. Seguidamente, analisou-se as palavras-chave e termos indexados, selecionou-se os operadores booleanos e os descritores a utilizar. Por último realizou-se mais uma pesquisa utilizando os descritores e operadores booleanos selecionados nas bases de dados já referidas.

A relação entre os termos indexados/descriptores MeSh utilizados, os operadores booleanos e a prioridade de cada descritor resultou na seguinte equação para a realização da pesquisa: “(positive parenting) AND (Nursing) AND (interventions) OR (Nursing interventions)”. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed e EBSCOhost Cinahl. A pesquisa de estudos não publicados foi realizada com recurso ao Google Scholar.

A pesquisa realizou-se entre o dia 22 e 23 de abril de 2018. Os resultados foram avaliados e selecionados quanto à sua pertinência para inclusão através da informação contida no título e resumo. A seleção final foi realizada através da leitura integral dos artigos. O fluxograma apresentado (figura 2) descreve o processo de seleção a que os artigos foram sujeitos.

Figura 2 – Fluxograma Prisma, adaptado do proposto no manual metodológico para revisões Scoping do Joanna Briggs Institute



Fonte: The Joanna Briggs Institute (2015)

## RESULTADOS

Seguidamente, apresenta-se a síntese dos resultados referentes aos 13 artigos incluídos nesta revisão

Quadro 1 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão

ESTUDO	AUTOR	OBJETIVOS	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
1	Bennett; Buchan; Letourneau; Shanker; DP Hill, Fenwick, Smith-Chant; Gilmer (2016)	Saber quais as intervenções sociais que funcionam e as condições que promovem conexões sociais aos pais e aumentam o desenvolvimento	Revisão literatura  Síntese realista	Pais em situação de gravidez até crianças com 1 ano de idade	Medline, CINAHL, SocAbs, PsychINFO e literatura cinzenta	27 artigos foram incluídos na síntese, sendo descritos em quatro áreas temáticas: conexões na comunidade, conexões com a internet, conexões pré-natais e conexões para os pais. A literatura disponível para responder à pergunta de pesquisa é escassa, de

		das crianças				desenvolvimento comunitário de qualidade variável, práticas de intervenções de sistemas familiares, princípios da prática inclusiva do pai e modelos de atendimento pré-natal de grupo têm sido demonstrados para promover a conectividade social para os pais. Rede social on-line fornece valioso suporte informacional.
2	Komoto; Hirose; Omori; Takeo; Okamitsu; Okubo; Okawa (2015)	Saber quais os efeitos do Programa de Promoção Precoce do Japão (JEEP) que é baseado no Programa de Saúde Mental Infantil (IMH). O JEEP tem como objetivo promover as interações mãe-bebê, aumentando a capacidade da mãe de responder adequadamente a seu filho	Estudo quasi experimental com grupo de controle	Mães japonesas com crianças com doença mental (?) até 12 meses de vida (n=15) grupo de controle (n=120)	2 escalas Nursing Child Assessment Teaching Scales (JNCATS), quantifica a qualidade das interações mãe-filho (p/ crianças até 36 meses)  Child-Adult relationship Experimental Index for Infants (CARE-Index)	Não houve diferenças significativas entre o JEEP grupo (n=15) e o grupo de controle (n=120). No entanto, as mães do JEEP grupo ganharam mais competências para compreenderem os seus filhos
3	Ninomiya; Hashimoto; Tani ; Mori (2017)	Melhorar a prevenção primária de maus-tratos na infância. Os pais de risco foram identificados por maternidades e centros locais de saúde.	Estudo quasi experimental meta-análise	Pais negligentes identificados pela maternidade (hospital) e centros de saúde e que tenham filhos até 3 anos	Early Identifications and Intervention Program (EIIP)  Visitas domiciliares	Entre 2009 e 2014, foram identificados um total de 2252 novos pais em risco, 956 da maternidade e 1296 dos centros de saúde locais. Entre os pais em risco, 356 (15,8%) foram encaminhados a centros de proteção infantil por possíveis maus-tratos infantis, 88 dos quais vieram de maternidades e 268 de centros de saúde locais. A taxa de encaminhamento das maternidades foi significativamente menor do que nos centros de saúde locais (9,2% vs 20,7%, p< 0,001).
4	Owen; Griffith; Hutchings (2017)	O objetivo deste estudo é realizar um ensaio piloto randomizado controlado sobre a eficácia de um programa de parentalidade on-line, para pais de crianças de 3 a 8 anos que gostariam de aprender mais sobre parentalidade positiva, comparando resultados para intervenção e controle de lista de espera.	Estudo RCT	Pais que tenham filhos dos 3 aos 8 anos de idade, que saibam inglês e que tenham internet (PC, laptop ou tablet), n=60 (40 para intervenção, 20 grupo de controle)	Confident Parent Internet Guide (COPING), programa baseado na promoção da parentalidade positiva	Este estudo é oportuno. A avaliação está atualmente em andamento. A linha de base e as medidas de acompanhamento de 3 meses para todos os pais foram completadas em outubro de 2016 e os dados dos 6 meses de acompanhamento dos pais ainda estão a ser recolhidos

5	Dodge; Goodmann; Murphy; O'Donnell; Sato; Guptill (2014)	Avaliar se as visitas ao domicílio pela enfermagem podem ser implementadas com efetividade de modo a prevenir a ida às urgências e promover a parentalidade positiva em crianças até 6 meses de vida	Estudo RCT Meta-análise	Famílias residentes em Durham (Carolina do Norte), com bebês que nasceram entre 1/07/2009 e 31/12/2010	Programa Durham Connects	De todas as famílias, 80% iniciaram a participação; adesão foi de 84%. Os registros hospitalares indicaram que os bebês da Durham Connects tiveram 59% menos episódios de atendimento médico de emergência infantil do que os bebês de controle. As mães de Durham Connected relataram menos episódios de cuidados de emergência infantis e mais conexões com a comunidade, comportamentos parentais mais positivos, participação em cuidados infantis fora de casa de maior qualidade e taxas de ansiedade mais baixas do que as mães de controle. Observadores cegos relataram ambientes domésticos de qualidade superior para Durham Connects do que para famílias de controle.
6	Ryan; Farrelly; Ramchandani (2017)	Analisar criticamente 6 programas existentes em U.K. que promovem a parentalidade	Revisão de literatura	Famílias com crianças em idade pré-escolar com problemas comportamentais	6 Programas Parentais: 2 Parentalidade pela NICE (Incredible Years and Triple P) 1 Programa Psicoterapia 1 Family Nurse Partnership 2 feed-back em vídeo	Há evidências mistas sobre intervenções parentais para crianças em idade escolar e pré-escolares mais velhas, com alguns programas, como os Anos Incríveis, demonstrando uma forte base de evidências. Há evidências mais limitadas para programas que visam famílias e crianças nos dois primeiros anos de vida. É também necessário mais trabalho para melhor identificar que tipo e intensidade de programa é mais eficaz e rentável para famílias com diferentes necessidades e preferências. Também é necessário perceber os caminhos subjacentes aos efeitos do programa e se e por quanto tempo podemos esperar que esses resultados sejam mantidos.
7	Weaver; Weaver; Nicks; Jupka; Henley; Jaques (2016)	Descreve o desenvolvimento do "RISE up", um programa de prevenção de lesões na infância baseado na clínica ambulatorial que fornece materiais impressos sob medida para prevenção de lesões a pais de crianças de 0 a 5 anos.	Estudo experimental	Pais com crianças dos 0 aos 5 anos	Programa RISE Up  Entrevistas semi-estruturadas	Pesquisas revelaram que os prestadores de cuidados de saúde e cuidadores eram muito sensíveis às mensagens e materiais. Os prestadores de cuidados de saúde relataram que o abuso e a negligência eram particularmente relevantes para os seus pacientes e notaram vários benefícios na implementação do programa RISE Up em ambiente de cuidados de saúde. Os cuidadores geralmente encontraram mensagens sobre a redução dos riscos de lesões, bem como os gráficos exibidos no programa RISE Up
8	McGilloway; NiMhaille; ByWater; Leckey; Kelly;	Reduzir alterações de comportamento em crianças e	Estudo RCT  Grupo de controlo	Famílias com crianças dos 32 aos 88 meses	Incredible Years Basic Programme (IYBP)	Os resultados indicam que a melhoria pós-intervenção em problemas infantis, comportamento parental e

	Furlong; Comiskey; o'Neill (2014)	melhorar a saúde mental dos pais em famílias desfavorecidas	Coorte (2)		Escalas psicométricas Observação	saúde mental dos pais foram mantidos. O uso do serviço e os custos associados continuaram a diminuir. Os resultados indicam que intervenções focadas nos pais, implementadas nos primeiros anos, resultam em melhorias no comportamento e bem-estar da criança e dos pais 12 meses depois.
9	Benzie; Mychasiuk; Kurilova; Tough; Edwards; Donnelly (2014)	O objetivo deste estudo foi avaliar um programa de demonstração pré-escolar de duas gerações para famílias de baixa renda no Canadá. Um projeto de grupo único, pré-teste (entrada de programa) / pós-teste (programa) com um acompanhamento de 7 anos de idade foi utilizado.	Estudo quasi-experimental	Crianças em idade pré-escolar e suas famílias com dificuldades financeiras no Canadá	Programa pré-escolar de 2 gerações (pais e filhos)	Entre o acesso e a sucessão, melhorias significativas na autoestima, uso de recursos da comunidade, stresse e stresse parental para o tratamento da criança foram encontrados entre os pais. Essas melhorias positivas foram mantidas até as crianças terem 7 anos de idade. O investimento público em programas de pré-escolares de duas gerações pode atenuar os riscos de desenvolvimento infantil e melhorar os resultados psicossociais dos pais
10	Ekim (2016)	Saber qual o efeito da percepção da eficácia dos pais sobre comportamentos saudáveis de alimentação e atividade física em crianças pré-escolares turcas	Estudo Descritivo	Mães com crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, que saibam ler e escrever turco	Entrevista	À luz deste estudo e similares, a prática do enfermeiro deve incluir estratégias direcionadas aos pais, a fim de desenvolver hábitos alimentares saudáveis e comportamentos de atividade física para crianças pré-escolares. Em muitos estudos, programas como Parentalidade Tripla P-Positiva ou Todas as Crianças em Foco (o programa ABC) podem ser abordados como exemplos de estratégias direcionadas aos pais, pois comprovadamente aumentam efetivamente a autoeficácia.
11	McKelvey, Burrow, Balamurugan, Whiteside-Mansell, Plimmer (2012)	Saber o impacto do Modelo HFA em mães adolescentes	Estudo quasi-experimental	Mães adolescentes em risco de serem maltratantes	Visitas domiciliares Baseadas no modelo HFA (Healthy Family América) e numa escala de avaliação do comportamento parental - Adult-Adolescent Parenting Inventory	As visitas podem ser eficazes principalmente em pais adolescentes que usam o castigo corporal. Houve ganhos em comportamentos parentais
12	Lopes, Dixe (2012)	Construção de 3 escalas multidimensionais para avaliar o exercício parentalidade positiva nos 3 primeiros anos de vida da criança.	Estudo analítico Pesquisa de literatura Construção das escalas e a análise psicométrica das mesmas	Pais de crianças dos 3 meses aos 3 anos e meio	Questionários	As escalas obtidas têm boas características psicométricas e designam-se por: Escala de Auto percepção da Confiança dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva (ECPPP), Escala de Auto percepção das Dificuldades dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva (EDPPP) e Escala de Auto percepção da Necessidade de

						Conhecimentos dos Pais para o Exercício da Parentalidade Positiva (ENCPPP). A utilização dessas escalas contribuirá para a melhoria da prática clínica, baseada nas necessidades dos pais e direcionada para a promoção da saúde da criança.
13	Lopes (2012)	Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem	Tese de doutoramento	Igual ao anterior	Igual ao anterior	Igual ao anterior

Dos 13 artigos analisados, todos os estudos abordam a importância de uma intervenção precoce junto das famílias para um resultado positivo. Um artigo, define práticas parentais positivas como um apoio ao desenvolvimento da criança incluindo estratégias de construção de relacionamentos através da brincadeira ou atividades conjuntas com crianças, elogios e recompensas para encorajar o comportamento positivo da criança e o papel positivo dos pais (Owen, Griffith, & Hutchings, 2017). Relativamente, à prevenção dos maus-tratos, 5 estudos falam da sua importância, e elucidam que os maus-tratos infantis incluem abuso e negligência física, emocional e sexual, as suas consequências têm sido reconhecidas como um grave problema de saúde pública. E ainda que, os maus-tratos resultam em comportamentos parentais desadequados, contribuindo para o risco de perpetuação de maus-tratos na infância e para o quadro intergeracional dos maus-tratos (Ninomiya et al., 2017). Para Weaver et al. (2016), as lesões intencionais e não intencionais são responsáveis pela maioria da morbidade e mortalidade infantil em todo o mundo. Assim, a prevenção de ambas as formas de lesão - lesões intencionais, como abuso infantil e negligência e lesões não intencionais na infância, (afogamento, queimaduras ou acidentes de trânsito) são prioridades de saúde pública em todo o mundo. Ryan, Farrely e Ramchandani (2017), comentam que os problemas comportamentais têm origem na infância e afetam 5-10% dos jovens, sendo a parentalidade considerada um fator de risco no desenvolvimento de psicopatologias, caso não haja um desempenho adequado. Ryan et al. (2017), abordam a “Social Learning Theory” sugerindo que o comportamento das crianças é o espelho do comportamento dos seus cuidadores.

Um aspeto a destacar na parentalidade positiva é a relação mãe-filho, que também encontramos nesta pesquisa. Segundo Komoto et al. (2015), não existem bebés independentes, eles vão aprendendo sobre eles através da relação com as mães,

mãe e criança são uma unidade básica, e acrescentam, que quando há uma boa relação mãe-bebé, há um bom desenvolvimento.

A teoria da vinculação sugere que as crianças estão predispostas a formar uma forte ligação emocional e física a pelo menos um cuidador principal. Esse vínculo ajuda as crianças a controlar as emoções negativas em tempos de desafios e stresse, desenvolve melhores habilidades sociais, tem mais confiança em explorar os ambientes ao seu redor e atua como a base para o relacionamento das crianças com os outros (Ryan et al., 2017).

A estratégia de eleição nos artigos encontrados, para a promoção da parentalidade, foi a utilização de programas, escalas e visitas domiciliares.

## **DISCUSSÃO**

A presente Scoping Review indica que existe um número significativo de estudos à cerca das intervenções promotoras da parentalidade. Contudo, não foram encontrados estudos em português nas bases de dados Pubmed e EBSCOhost Cinahl, constituindo um desafio para futuras investigações em Portugal.

Estes programas têm todos o mesmo objetivo, promover um desenvolvimento saudável da criança através de comportamentos parentais adequados. Nesta pesquisa os programas avaliam a interação mãe-filho; fazem prevenção primária de maus-tratos infantis, através de visitas domiciliares; avaliam as capacidades parentais; apoiam famílias com crianças com distúrbios de conduta; apoiam famílias com baixos recursos económicos.

É de salientar o uso de escalas que avaliam a autoperceção dos pais relativamente à confiança no exercício da parentalidade positiva, à autoperceção das dificuldades do exercício da parentalidade positiva e a autoperceção da necessidade de conhecimentos no exercício da parentalidade positiva. Elas permitem diagnosticar as necessidades de apoio aos pais e direcionar e antecipar as intervenções de enfermagem (Lopes & Dixe, 2012). Estes tipos de escalas são de grande utilidade porque podem ser usadas em qualquer contexto, quer em cuidados de saúde primários, quer em meio hospitalar.

## **CONCLUSÃO**

Após a análise da literatura encontrada nos motores de busca PubMed e EBSCOhost CINAHL e outras fontes, pode-se referir que o termo “parentalidade” sofreu uma

evolução, indo mais além, que velar pela segurança, saúde, alimentação e educação dos filhos. Atualmente, ao termo "parentalidade" acrescenta-se o termo "positiva", que implica cuidar dos filhos sempre no superior interesse da criança, utilizando a relação de amor com a finalidade de proporcionar um desenvolvimento harmonioso da criança, promovendo a autoestima, a confiança, relacionamentos saudáveis e o sucesso escolar e prevenindo comportamentos de risco.

A promoção da parentalidade positiva tem vários focos, como analisado nos artigos encontrados, nomeadamente, a relação mãe-filho, vinculação, prevenção de maus tratos através de uma intervenção precoce.

Conclui-se, que esta scoping review, apresentou um vasto leque de intervenções de enfermagem na promoção da parentalidade positiva, dando resposta à questão inicial.

A bibliografia utilizada nesta revisão, encontra-se no capítulo "REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS"

## **2 – PERCURSO DESENVOLVIDO: RUMO ÀS COMPETÊNCIAS DE EEESIP**

*“Cuidar... esta arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas” (Collière, 2001, p. 1).*

Ser enfermeira teve como objetivo cuidar dos outros, mas ao fim de 25 anos de profissão, cuidar só, não é suficiente. Os conhecimentos obtidos na formação base aliados à experiência profissional e o desejo de ser EEESIP e Mestre enquadram o ponto onde a Mestranda se encontra presentemente. Tem-se revelado um desafio magnânimo.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2015c), no artigo 96º, na alínea d), expressa que o enfermeiro tem direito a condições de acesso à formação para atualização e aperfeiçoamento profissional; e no artigo 97º, menciona que os enfermeiros estão obrigados a exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem. Só através do conhecimento e da prática reflexiva se prestam cuidados com qualidade.

Importa ressaltar, que foi creditado (10 ECTS) à Mestranda o contexto de internamento devido à experiência de 25 anos em enfermagem, sempre em pediatria. Exerceu funções em serviços de internamento de primeira infância, passou pela neonatologia e neste momento encontra-se a desempenhar funções no bloco operatório, o qual tem inserido uma unidade de cuidados pós anestésicos, onde são prestados cuidados imediatos no pós-operatório, exigindo uma monitorização constante dos sinais vitais e a vigilância apertada de possíveis complicações imediatas pós cirúrgicas. Ao longo destes anos adquiriu conhecimentos e competências em várias áreas da pediatria, consegue ter uma visão geral de uma situação e atuar sobre o que é mais urgente. Segundo Benner (2001, p. 58), pode considerar-se uma perita na sua área, porque a autora afirma que a “perita” tem uma

enorme experiência e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis. Além dos cuidados diretos à criança, também adquiriu competências na área da formação (como responsável pela área da formação, como formadora e na área da docência) e gestão (tanto de recursos humanos como materiais).

Ao longo dos tempos, as competências traduzem-se por uma soma de saberes (“saber fazer”, “saber ser”), com uma dimensão individual, coletiva e ainda por uma dimensão reflexiva (Boterf, 2002). Só assim se pode evoluir como profissionais e prestar cuidados com qualidade.

Este capítulo pretende descrever o percurso de aprendizagem realizado ao longo do estágio, mostrando as competências previamente adquiridas no exercício da atividade profissional e aquelas que foram progressivamente sendo desenvolvidas pela Mestranda no decurso da especialização.

Segundo Veiga-Branco (2009, p.15), as competências são

*Em essência, motores emergentes do poder pelo saber e, não raro, transformaram a filosofia do espaço laboral em estruturas sem hierarquias, planas, do ponto de vista do mando e da obediência, como contextos centralizados no utente/cliente e não só no produto em si. A pessoa competente assume-se assim, como o eixo central das estruturas organizacionais (...).*

As competências do EEESIP, que estão regulamentadas pela OE (2018, p.19192), são as seguintes:

Tendo em conta o estadió de desenvolvimento em que a criança/jovem se encontra, O EEESIP assiste e cuida da criança/família em situações de especial complexidade maximizando a sua saúde. E ainda presta cuidados à criança/jovem tendo em conta as suas necessidades.

Os Padrões da Qualidade Especializados na Saúde da Criança e do Jovem (2015a), aludem que os cuidados de enfermagem têm como finalidade promover as competências da criança/jovem, resultando na maximização e potenciação da saúde através dos cuidados antecipatórios, promoção da vinculação (...), reconhecendo na família valor e competências como um recurso de intervenção.

Perante estes documentos, e a temática que é transversal a todos os campos de estágio, foi traçado como objetivo geral:

**Aprofundar competências técnicas, científicas e humanas de Enfermeiro EEESIP através do desenvolvimento de Estratégias de Enfermagem para a Promoção de uma Parentalidade Positiva.**

Para dar resposta a este objetivo, a metodologia utilizada foi a realização de um projeto para cada local de estágio com auxílio de um portfólio, de modo a facilitar a aquisição e mobilização de conhecimentos, para Sá-Chaves (2005, p. 9),

*“trata-se de uma estratégia que procura evidenciar o fluir dos processos subjacentes como cada qual se apropria singularmente da informação, reconstruindo o seu conhecimento pessoal prévio (...)”.*

Os subcapítulos que se seguem, irão dar a conhecer cada local de estágio individualmente, características, diagnóstico situacional, objetivos específicos, as atividades para dar resposta aos objetivos e por fim as competências adquiridas.

## **2.1 – URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Este estágio decorreu entre 3 de setembro e 5 de outubro, com a duração de 115 horas. A escolha deste hospital, deveu-se ao facto de ser distrital, com um atendimento numeroso de crianças onde foi possível assistir a um leque de situações diferenciadas e complexas o que proporcionou uma aprendizagem sistemática em situações de urgência, habilitando a agir sob pressão e com competência. A missão deste hospital é a prestação de Cuidados de Enfermagem diferenciados, com o fim de conservar a vida, aliviar o sofrimento e promover a saúde, no respeito absoluto pela individualidade do cliente.

A urgência pediátrica deste hospital, recebe crianças dos 0 aos 18 anos, com necessidades médicas e cirúrgicas; o espaço físico é constituído por:

Sala de espera, Sala de triagem, gabinetes de observação, sala de aerossóis, sala de tratamentos, sala de reanimação, sala de observação, unidade de cuidados intermédios, onde existe uma “box” de isolamento, sala de reuniões/entrevistas aos pais, em situações particulares.

A admissão é sempre realizada através da inscrição em balcão, exceto situações emergentes, que entram imediatamente para a sala de reanimação. A criança/família pode chegar à urgência por sua iniciativa, por indicação do médico de família (carta do médico de família), telefonema prévio para a Linha Saúde 24, acompanhados pela Polícia de Segurança Pública (por exemplo, maus tratos), Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). A triagem destes doentes é realizada pelo enfermeiro, através do Sistema de Triagem de Manchester (STM). Todos os enfermeiros que realizam a triagem têm o

curso ministrado pelo Grupo Português de Triagem (GPT). Segundo o GPT (n.d.), este sistema fornece ao profissional, não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na queixa apresentada, que vai gerar um fluxograma e conseqüentemente vai originar uma cor. Desta forma, é possível estabelecer, logo à entrada, as situações mais graves e dar-lhe prioridade no atendimento. O STM é uma poderosa ferramenta de gestão, onde as pessoas deixam de ser atendidas por ordem de chegada ao serviço de urgência e passam a ser utilizados critérios científicos rigorosos na priorização do seu atendimento, em função da sua gravidade clínica (Carvalho, 2016).

A equipa de enfermagem do serviço de urgência (SU), concretiza as “passagens de turno”, com base no método de ISBAR, fundamentada na norma da Direção Geral de Saúde (DGS) (2017) – “Comunicação Eficaz na Transição dos Cuidados”. O número um desta norma, refere que “A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR”. Esta mnemónica trata-se de um auxiliar de memória, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes (background), A: à Avaliação, R: às Recomendações.

Os enfermeiros são distribuídos pelos postos de trabalho, tendo em conta as dotações seguras, com o objetivo de proporcionar cuidados de qualidade. A Federação Americana de Professores (1995), citada pela Ordem dos Enfermeiros (2014, p. 9), afirma que

*“dotações seguras significam, que está disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competências, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos clientes e que são mantidas condições de trabalho isentas de riscos.”*

### 2.1.1 – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Com a finalidade de conhecer as necessidades do SU, fazer o diagnóstico situacional e dar a conhecer o projeto de estágio, foi feita uma reunião informal com a Enfermeira Chefe do serviço e as Enfermeiras Orientadoras. A equipa é constituída maioritariamente por jovens enfermeiros, é uma equipa motivada e dinâmica e por isso a temática mostrou-se pertinente e útil. Desta reunião emergiu a necessidade

de realizar uma sessão formativa à equipa de enfermagem sobre “As estratégias de Enfermagem para a Promoção da Parentalidade Positiva” com casos práticos na urgência.

Com base no que foi dito anteriormente, para o contexto de urgência pediátrica, foram traçados os seguintes **objetivos específicos**:

1. Assistir e cuidar a criança/jovem e família em situação de urgência pediátrica, dando ênfase à promoção da parentalidade positiva.
2. Promover estratégias de enfermagem para a promoção da parentalidade positiva junto da equipa de enfermagem do SU.

Para poder dar resposta aos objetivos, foi necessária pesquisa bibliográfica, mobilização de conhecimento, assim como, o contributo das enfermeiras orientadoras e da equipa de enfermagem foi essencial para o desenvolvimento de novas competências. A fácil integração, a motivação e a crescente autonomia foram a alavanca para a aprendizagem.

Das **atividades** realizadas para cumprir o primeiro objetivo, destaco a prestação de cuidados na Triagem. A colaboração com a equipa de enfermagem neste posto de trabalho constituiu um desafio, por um lado, o STM, que através do sintoma que levou a criança ao SU, vai conduzir a uma cor tendo em conta a urgência da situação, tal como já foi referido anteriormente. Um desafio também, porque se recebe crianças dos 0 aos 18 anos com qualquer tipo de sintoma. Os enfermeiros têm que ter um conhecimento profundo do desenvolvimento da criança e do jovem, assim como as patologias mais frequentes na infância. Na triagem é realizada a avaliação dos sinais vitais, incluindo o 5º Sinal Vital e a avaliação dos sintomas referidos. A comunicação com a criança e a família é realizada de forma apropriada, tendo em atenção o estadio de desenvolvimento e as capacidades dos pais e a sua cultura, de forma a que estes possam ajudar os seus filhos a ultrapassar esta crise, promovendo a parentalidade positiva. Ainda relativamente à comunicação, deve-se começar por nos apresentarmos e tratar os pais por “Senhor” ou “Senhora” em vez de “mãe” ou “pai”, esta atitude demonstra respeito e consideração pelos pais ou outros cuidadores (Seidel, Ball, Dains et al., 2007 referidos por Hockenberry & Wilson, 2014).

Há que ter consciência que muitas vezes a doença e a hospitalização são as primeiras crises que as crianças enfrentam (Hockenberry & Wilson, 2014). Em

qualquer momento da infância, os pais irão recorrer ao SU. Todas as crianças sofrem aquando duma hospitalização, seja em que idade for e em que estadio do desenvolvimento for, sentem que foram retiradas do seu ambiente (Lisboa, Sobreiro & Novo, In Camarro et al., 2007). Esta é uma das mais traumáticas experiências para uma criança, o medo no SU no seu extremo pode ser da própria morte (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

Segundo Hockenberry e Wilson (2014), as crianças são particularmente vulneráveis às crises da doença e da hospitalização porque:

- O stress representa uma alteração do estado da saúde e da rotina ambiental;
- As crianças têm um número limitados de mecanismos de defesa para gerir o stress.

Os fatores de stress da criança face à hospitalização podem agrupar-se em 3 grupos, nomeadamente, separação, perda de controlo e lesão corporal e dor. A partir dos 6 meses de idade, a resposta da criança à dor é influenciada pela memória de experiências dolorosas anteriores e pela reação emocional dos pais durante o procedimento (Hockenberry e Wilson, 2014). Quando a experiência no SU é vivida pela criança de forma positiva, esta poderá sentir-se mais capaz (promove a autoestima, a capacitação, a aprendizagem de estratégias de coping) por ter superado esta situação de crise, sabendo reagir aos stressores em situações futuras (Diogo et al., 2016).

Segundo o estudo de Diogo et al. (2016, p. 37), revelou que as crianças perante o medo em contexto do SU, ficam nervosas e ansiosas (82,8%), choram (65,8%), e têm problemas de sono (42,7%). Mas a maioria das crianças enfrentam o medo (84,1%), uma vez que gerem adequadamente as suas emoções negativas (64,6%) (...). Os pais constituíram figuras de apoio e ao estarem junto do seu filho, contribuem para as crianças lidarem com situações geradora de medo (79,3%). Estas estratégias são o significado dos recursos pessoais de cada criança, que têm necessidade de se fazer ouvir, demonstrando determinados comportamentos (Lisboa et al., 2007). É função dos enfermeiros compreender estas atitudes para reduzir os efeitos adversos da doença e da experiência hospitalar (Lisboa et al., 2007). É fundamental que os enfermeiros mostrem sensibilidade perante a reação das crianças e a ansiedade dos pais, informando o que está a acontecer de forma a tranquilizar a criança e a família (Fernandes, 2012, citado por Diogo, 2016).

Lopes (2012, p. 209) refere que, os profissionais de enfermagem são recursos de apoio para os pais no exercício da parentalidade positiva e este apoio deve ser centrado nas necessidades dos pais e deve considerar os seus pontos fortes no exercício da parentalidade. Ainda no momento da triagem, alguns pais sentiram necessidade de saber se os procedimentos que realizaram até chegarem ao SU, estavam corretos, ou seja, denota insegurança. Mais uma vez, reforça o estudo de Lopes (2012), de onde emergiram 5 categorias de intervenções de enfermagem para apoiar os pais na parentalidade positiva, nomeadamente:

- nas necessidades físicas; na segurança; no desenvolvimento comportamento e estimulação; comunicação positiva e disciplina positiva.

**Outra atividade** importante onde a Mestranda promoveu a parentalidade positiva, foi a colaboração com os enfermeiros na sala de tratamento. Nesta sala a maioria das vezes são realizados procedimentos dolorosos, muitos pais não sabem onde se colocar ou como reagir, algumas vezes, houve necessidade de orientar os pais e de os incentivar a apoiarem os seus filhos, neste momento traumático. O simples gesto de dar a mão e ter uma palavra de encorajamento, faz com que esta situação seja ultrapassada de forma positiva.

Ao estimular os pais a terem este gesto, a Mestranda promoveu a utilização de estratégias não farmacológicas na prevenção da dor, foram utilizadas as técnicas comportamentais (através do reforço positivo), cognitivo-comportamentais (através da distração) e suporte emocional (através do da presença e do toque) (Batalha, 2010). Além da prevenção da dor também teve em conta a promoção da parentalidade positiva, partilhando informação com os pais, partindo do conhecimento que estes já possuíam.

Esta situação no SU, vai de encontro ao estudo realizado por Lopes (2012), em que constatou que o exercício da parentalidade positiva está relacionado com as características dos pais, das crianças e dos recursos de apoio. Silva (2015), menciona que a parceria com os pais tem o objetivo de os dotar de competências parentais, para estes ficarem aptos a identificar e acompanhar as diferentes etapas do desenvolvimento dos filhos.

Incentivar a relação pais/filhos (ou pessoa significativa), numa atitude empática, flexível e não prescritiva, constitui um dos princípios para promover o desenvolvimento da criança (OE, 2010, p.75).

A ida ao SU, constitui uma transição situacional e de saúde-doença, é neste contexto que os enfermeiros constituem o agente facilitador deste processo (Meleis et al., 2000).

Dando continuidade ao percurso de estágio e conseqüentemente uma resposta ao segundo **objetivo específico**, a **atividade** realizada foi na área da formação. Foi realizada uma sessão formativa para os enfermeiros intitulada “Intervenção de Enfermagem na Promoção da Parentalidade Positiva”. Antecipadamente, foi feita a divulgação da sessão na sala de enfermagem, assim como o plano da mesma (Apêndice I). Esta sessão teve como objetivos, abordar o tema PARENTALIDADE e PARENTALIDADE POSITIVA e apresentar casos práticos reais para a promoção da parentalidade positiva. Posteriormente, houve o enquadramento da temática, tendo por base as convicções do Conselho da Europa (2008) para a concretização de uma parentalidade positiva efetiva e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2015a). Ao longo da sessão foi esclarecida a diferença entre parentalidade e parentalidade positiva e as suas conseqüências e para terminar a sessão, foram abordados casos práticos que acontecem diariamente no SU e de que forma se promovia a parentalidade positiva (Apêndice I). No final da sessão houve um espaço de diálogo, onde os enfermeiros partilharam experiências sobre o seu contributo para a promoção da parentalidade positiva. E para encerrar a sessão foi feita uma avaliação através de um questionário com 4 questões, as respostas poderiam variar entre 1 e 5, em que o 1 significa – muito baixo, e o 5 muito elevado. A avaliação foi bastante positiva, situou-se no 5 – muito elevado. Deste questionário, ainda faziam parte mais duas questões – pontos fortes e pontos a melhorar/sugestões. A estas 2 questões, 2 formandos referiram que os pontos fortes da sessão, foi a temática – PARENTALIDADE POSITIVA (Apêndice I).

Ainda na área da formação, houve oportunidade de colaborar numa sessão formativa na comunidade. Trata-se de um Projeto entre o Câmara Municipal e o Hospital. Estas sessões têm como população alvo, pessoas carenciadas inscritas no Rendimento Social de Inserção. A formação intitulou-se “Crescer Saudável”, onde é abordado o tema da alimentação desde o nascimento até à idade pré-escolar. Focando vários temas importantes desde o aleitamento materno e a sua conservação, cuidados de higiene, introdução de novos alimentos, roda dos alimentos e sua importância e regras na elaboração de ementas saudáveis (Apêndice II). Estas sessões são uma

mais-valia para a comunidade, esclarecendo dúvidas e em simultâneo promove a parentalidade positiva, inserindo-se na área de intervenção das necessidades físicas e segurança da criança (Lopes, 2012; Lopes & Dixe, 2012).

### 2.1.2 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A realização das atividades na sala de triagem e na sala de tratamento proporcionou a aquisição e desenvolvimento de **competências de EEESIP**, no concerne à unidade de competência - Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, através da negociação da participação da criança/jovem e família durante todo o processo de cuidar, utilizando uma linguagem adequada à idade e estadio de desenvolvimento e compreensão da família. Transmite conhecimentos especializados à criança/jovem e família com a finalidade de os “empoderar” de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

Relativamente à unidade de competência - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, conseguiu-se demonstrar conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas e identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.

Na unidade de competência - Gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, foram aplicadas estratégias não farmacológicas na prevenção da dor.

Com a concretização da sessão formativa para a equipa de enfermagem e com a colaboração na sessão formativa para a comunidade desenvolveram-se várias competências que fazem parte do instrumento de avaliação do Plano de Estudos (Universidade Católica Portuguesa, 2018), nomeadamente:

- Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização.
- Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.
- Identifica necessidades formativas na sua área de especialização.

- Promove a formação em serviço na sua área de especialização.

É importante que se tenha como escopo da profissão de enfermagem, uma atualização constante dos conhecimentos técnicos e científicos para se poder dar respostas às situações com que nos deparamos, tendo em conta o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados (OE, 2015c, p. 78).

## **2.2 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS, UM (RE)ENCONTRO...**

O estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), decorreu entre 8 de outubro e 9 de novembro, com a carga horária de 115 horas. A Mestranda optou por esta UCIN, porque foi uma unidade onde trabalhou há 19 anos e onde adquiriu competências científicas, técnicas e humanas de grande relevância e que a orientaram noutros contextos. Foi um local que proporcionou situações complexas e de grande aprendizagem focadas na díade recém-nascido (RN)/família.

É considerada uma unidade médico-cirúrgica, recebe recém-nascidos a partir das 24 semanas de gestação até 1 mês de vida, é especializada no atendimento do RN em risco de vida e que seja necessário monitorização contínua ou tratamentos específicos. Os diagnósticos mais frequentes são malformações e prematuridade. Estas crianças são provenientes de todo o país e ilhas.

Fisicamente, esta unidade é composta por:

- 1 sala de cuidados intensivos, que tem capacidade para 8 incubadoras/berços, apesar de ter neste momento 6 vagas; 1 sala de cuidados intermédios com capacidade para 8 vagas, embora neste momento só tenha 4; 1 sala de isolamento; 1 sala para os pais, onde podem descansar, conviver com outros pais e apoiarem-se mutuamente.

A equipa de enfermagem é constituída por 31 enfermeiros, destes, 11 são enfermeiros especialistas e 4 estão a realizar a sua especialidade. Da restante equipa multiprofissional fazem parte, assistentes operacionais, neonatologistas, psicólogos, fisioterapeutas, dietista e assistente social.

Os enfermeiros direcionam todos os seus esforços para o cuidado do bebé gravemente doente e as necessidades da sua família. Utilizam o método individual de trabalho - enfermeiro e médico de referência, são responsáveis pelos ensinamentos e por atualizar o plano de cuidados. Uma semana/15 dias após a alta, é realizado um telefonema para saber como está a correr a adaptação dos pais e do bebé; este telefonema serve também para esclarecimento de dúvidas. Sempre que os pais necessitem podem contactar o serviço 24 horas por dia.

A filosofia dos cuidados desta Unidade é baseada no Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN (NIDCAP). Santos (2011) refere que este programa foi criado numa tentativa de diminuir o impacto negativo da UCIN no bebé prematuro fora do útero materno, e acrescenta que, diminui as complicações iatrogénicas provocadas pelo seu ambiente porque aumenta as competências do RN.

Esta equipa tem vários projetos, todos com o objetivo de capacitar e autonomizar os pais nos cuidados diários ao RN, preparando-os para a alta do bebé e promover o desenvolvimento saudável do RN. Este processo é realizado desde o momento da admissão. Segundo Mendes & Silva (2013), referem que para se desenvolver um plano de cuidados para os pais, tem que ser realizada uma avaliação das necessidades físicas, psicológicas, emocionais, espirituais, económicas e sociais. Para apoiar os pais em momentos de crise e luto, pode ser importante disponibilizar apoio psicológico e fomentar redes de apoio espiritual e de ajuda mútua.

### 2.2.1 – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Após reunião informal com a enfermeira orientadora, observação da unidade e contato com uma mãe, achou-se pertinente e necessária a promoção da Parentalidade Positiva. Porque este serviço intimida os pais pelo aparato de equipamento, pela situação de doença em que o filho se encontra e pela barreira criada pela incubadora, é premente apoiar os pais neste processo capacitando-os para a vinculação, que poderá ficar comprometida. A grande maioria das vezes os pais de recém-nascidos (RNs) que se encontram nos cuidados intensivos, sentem-se impotentes, têm sentimentos contraditórios e não querem afeiçoar-se ao seu filho

por medo do que possa acontecer. Neste momento, mais importante que a promoção da parentalidade positiva é a promoção da esperança, que segundo Charepe (2014, p.18), se traduz por um

*“fenómeno amplo e multidimensional, entendido como uma força de vida dinâmica, importante na promoção, manutenção e sustentação da vida, emergindo das experiências partilhadas. Está associado ao bem-estar psicológico dos pais, e ao desenvolvimento das suas expectativas, podendo proteger os mesmos contra a ansiedade e o sofrimento”.*

Para poder atingir os objetivos delineados, foi importante desenvolver atividades nos cuidados intermédios, onde os pais anseiam por apoio e os profissionais, por os capacitar para a prestação dos cuidados de forma a que estes fiquem autónomos. E nesta linha de pensamento, para este contexto de estágio, foram delineados os seguintes **objetivos específicos**:

1. Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas do EEESIP prestando cuidados ao RN/família que maximizem a saúde, tendo em conta as situações de especial complexidade.
2. Promover as estratégias de enfermagem na promoção da PARENTALIDADE POSITIVA, junto do RN/família

Apoiar os pais na transição para a parentalidade que devido à hospitalização pode ficar comprometida, é uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, delineadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018). Englobar os pais nos cuidados é fundamental, como defendem Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri e Erdmann (2015), referindo os enfermeiros quando acolhem um RN na UCIN têm que ter competências especializadas porque além de considerarem os aspetos biológicos do RN, é necessário centrar os cuidados no binómio RN/pais. Estes pais apresentam um conjunto de necessidades, nomeadamente, apoio emocional, informação e autoconfiança. Segundo Hockenberry e Wilson (2014), no início da interação com a criança, a maioria dos pais sente-se frágil e inseguro. Os enfermeiros podem aperceber-se do nível de preparação e encorajá-los nesta fase inicial. Para Brazelton (2010), os pais precisam de ajuda para se concentrarem nas capacidades de desenvolvimento do seu bebé em vez de se concentrarem “naquilo que ele poderia ter sido”. Isto leva tempo. Por sua vez a Ordem dos Enfermeiros (2015b), defende que esta vulnerabilidade resulta do facto das pessoas não saberem como agir perante uma situação que nunca experienciaram antes; perante o desconhecimento

em lidar com um novo acontecimento sentem-se inseguras e incapazes de fazer face à nova situação.

Para dar resposta ao primeiro objetivo específico, foram imprescindíveis a disponibilidade da equipa de enfermagem, a orientação da enfermeira orientadora, que teve um papel relevante no percurso de aprendizagem e pesquisa bibliográfica na busca de atualização dos conhecimentos. Apesar de a Mestranda ter trabalhado há 19 anos nesta Unidade, a dinâmica dos cuidados sofreu uma evolução enorme. A filosofia dos cuidados baseada na promoção de um adequado desenvolvimento da criança e a capacitação dos pais para se tornarem autónomos na prestação dos cuidados ao seu filho, mostra como a abordagem a estes RNs tem evoluído.

Para acompanhar esta evolução e desenvolver competências de EEESIP, junto destas crianças e suas famílias, foi importante a prestação direta de cuidados. As atividades realizadas neste sentido, tiveram sempre em conta a filosofia do serviço. Foram realizadas várias atividades (Apêndice III), das quais se destaca:

- Promoção do conforto do RN através do posicionamento terapêutico, o cuidado postural com o recém-nascido pré-termo (RNPT) está diretamente relacionado à melhoria dos cuidados por contribuir na regulação das suas funções fisiológicas, proporcionando estabilidade e reduções de gastos de energia (Xavier, Nascimento, Badolati, Paiva, & Camargo, 2012). Há que ressaltar, que existem variâncias quanto ao posicionamento, caso seja um prematuro ou um RN de termo. No caso do prematuro, o posicionamento tem que ter o objetivo de conter o RN e promover a flexão dos membros inferiores, uma vez que o padrão flexor surge às 30/32 semanas de gestação (Almeida & Mejia, n.d.). Quando um bebé nasce com menos de 30/32 semanas de gestação, os membros inferiores possuem tónus extensor. Assim para a enfermagem é um duplo desafio, por um lado compensar o baixo tónus e por outro, “lutar” contra a gravidade. É importante dar referências ao bebé para o organizar e conter. O confinamento à incubadora, traduz-se numa experiência muito pobre de movimentos. (Apêndice III)

- Também houve oportunidade de aplicar o “Método Canguru” também chamado “pele com pele”, é uma das estratégias utilizadas para a promoção do desenvolvimento do RNPT, com a colaboração dos pais. Além do desenvolvimento do bebé também faculta a criação de laços duradouros – uma vinculação efetiva,

promove bem-estar, previne o refluxo gastroesofágico e o bebé mantém a temperatura corporal (Lamy, Gomes, Gianini & Hennig, 2005).

As estratégias descritas anteriormente, além de promoverem o desenvolvimento do RN, também tem inerente o conforto que vai de encontro à Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, sendo classificada uma Teoria de Médio Alcance (Brandão, Martins, Peixoto, Lopes, & Primo, 2017).

Assim os princípios da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que segundo Dowd (In Tomey & Alligood, 2004, p. 484), regem-se pelo seguinte:

*(1) o conforto é geralmente próprio de uma condição, (2) o resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo, (3) qualquer intervenção de enfermagem holística consistentemente aplicada, com uma história estabelecida para a eficácia, melhora o conforto ao longo do tempo e (4) o conforto total é maior do que a soma das partes.*

Para Kolcaba, as medidas de conforto são intervenções de enfermagem realizadas para dar respostas às necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas (Dowd, In Tomey & Alligood, 2004). No caso dos RNs estas intervenções irão dar respostas às necessidades fisiológicas, ambientais e físicas, promovendo o alívio e tranquilidade, no contexto físico e ambiental. O RN ao sentir-se confortável, apresenta sinais vitais estáveis, fica mais calmo e apresenta um padrão de sono melhorado.

Dando continuidade à prossecução das **atividades**, foi efetuada uma sessão formativa para os pais intitulada “ESTIMULAR OS 5 SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO: um caminho para o saudável desenvolvimento do seu filho”. Esta sessão surgiu depois de uma conversa informal com a enfermeira orientadora, que mencionou o facto de os pais questionarem inúmeras vezes, se os filhos ouviam, se conseguiam ver... e assim achou-se pertinente o tema dos “5 sentidos do RN”. Foi elaborado um cartaz de divulgação da sessão e o plano da mesma (Apêndice IV). Este encontro foi baseado e adaptado (adaptado, porque não se tratava de um Grupo de Ajuda Mútua) na proposta de intervenção de Charepe (2014). O ambiente foi preparado, de modo a todos ficarem sentados e confortáveis, o ambiente é acolhedor, tem exposto vários quadros com mensagens de esperança (dos pais que já passaram por esta Unidade). Começou-se por uma apresentação do formador e foi solicitado aos pais que se apresentassem e dissessem o nome do seu filho, possibilitando o conhecimento entre os pais. Foi iniciada a parte teórica da sessão,

com um pequeno enquadramento do tema e a sua importância, neste seguimento deu-se a conhecer como se encontram os sentidos no RN e como os pais podem estimular e desenvolver a visão, a audição, o olfato e o paladar e toque. Durante a sessão, os pais pouco participaram, mostravam uma postura de preocupação. No final foi dado espaço para colocarem questões, que não aconteceram e assim deu-se por encerrada a sessão com a entrega de um folheto (Apêndice V) com a informação que foi abordada na sessão formativa, seguidamente os pais disponibilizaram-se para efetuarem a avaliação da sessão. Através dos resultados obtidos, podemos concluir que os pais acharam o tema interessante e lhes foi útil (Apêndice IV). Consequentemente, achou-se interessante a realização de um cartaz (Apêndice VI), para ficar exposto na sala dos pais e assim mais pessoas poderiam beneficiar desta informação.

Ainda na área da formação, outra atividade... Durante o estágio houve oportunidade, de a Mestranda participar como formanda (Anexo II) de uma ação de formação organizada por enfermeiros de duas unidades de cuidados intensivos neonatais de diferentes hospitais, com o objetivo de partilharem experiências e conhecimentos. Revelou-se bastante interessante para a aprendizagem, uma vez que, foram abordados temas que fazem parte dos cuidados ao RN na UCIN, tendo sempre como fio condutor o adequado desenvolvimento do RN. As temáticas foram: Cardiopatias congénitas – cuidados de enfermagem; Cuidados ao RN na cultura Hindu; Administração de Oxido Nítrico na UCIN; Posicionamento na UCIN: A prática na UCIN 1 e na UCIN 2. (Apêndice III).

Esta formação permitiu sedimentar conhecimentos e poder aplicá-los durante o estágio, tendo constituído uma mais valia para poder capacitar os pais para estas estratégias.

### 2.2.2. – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Este estágio contribuiu para atingir as seguintes **competências** do EEESIP:

- ✓ Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem. Foi estabelecido com o binómio

criança/família uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade (OE, 2018).

Especificando, na unidade de competência, da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, foi necessário aplicar conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e aplicar conhecimentos e habilidades na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate à dor.

Na unidade de competência, que se refere ao providenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência, foi colocado em prática o método Canguru e o posicionamento terapêutico onde demonstrei conhecimentos e habilidades em diferentes tipos de terapia, suportado por evidência científica.

Na unidade de competência, que diz respeito à promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, foi utilizado o método Canguru que é também impulsor da vinculação efetiva, negociando o envolvimento dos pais na prestação dos cuidados, permitindo avaliar o desenvolvimento da parentalidade; a sessão formativa que a Mestranda teve oportunidade de realizar para os pais da UCIN, demonstrou conhecimentos sobre as competências do RN para promover o comportamento interativo entre o RN e os pais.

### **2.3 – UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS, UM DESAFIO**

O facto de a Mestranda trabalhar desde sempre em meio hospitalar, constituiu um desafio, foi uma aprendizagem e reflexão constantes. Este contexto de estágio proporcionou o conhecimento de outras realidades, a abertura dos seus horizontes e o desenvolvimento novas competências a nível dos cuidados de saúde primários (CSP).

Este estágio decorreu entre 12 de novembro e 19 de dezembro, com a carga horária de 130 horas. Neste contexto, a escolha recaiu sobre determinada Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), por ser um centro de referência ao nível dos CSP, pois tem como visão, garantir a excelência dos CSP, reconhecidos pela inovação, criatividade e qualidade e também obter ganhos em saúde, com a participação e satisfação do cidadão e dos profissionais (ACES Lisboa Norte, 2016). A UCSP presta um vasto leque de serviços, dos quais destaco, a consulta de Saúde Infantil e Juvenil, uma vez que foi neste contexto que exerci as minhas atividades, e onde enriqueci os meus conhecimentos como futura EEESIP.

O alvo dos cuidados de enfermagem desta consulta, são as crianças dos 0 aos 18 anos de idade, conforme Regulamento nº 422/2018 (OE, 2018). Esta consulta faz parte do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, engloba um conjunto de intervenções e procedimentos que têm como meta a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença neste grupo etário. Neste sentido, a calendarização das consultas em idades-chave, tem como principais objetivos:

- ❖ Avaliação do crescimento e desenvolvimento;
- ❖ Estimular comportamentos promotores de saúde;
- ❖ Intervir na promoção do aleitamento materno, vacinação, saúde oral; na prevenção de acidentes, alterações do comportamento e maus-tratos;
- ❖ Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a saúde e qualidade de vida;
- ❖ Proporcionar o apoio necessário em situações de doença crónica / deficiência;
- ❖ Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais.

Fisicamente, a consulta de Saúde Infantil e Juvenil, situa-se no 2º piso do edifício da UCSP. Tem 2 salas de consultas de enfermagem, 3 salas de consultas médicas e 2 salas para vacinação. A equipa é constituída por 6 enfermeiras, 1 secretária de unidade e vários médicos.

O método de trabalho é individual, os diagnósticos de enfermagem são baseados na Classificação Internacional Para Enfermeiros (CIPE) e no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, conforme consta informaticamente no processo do doente.

### 2.3.1 – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O desenvolvimento dos cuidados de saúde primários foi impulsionado pela Conferência de Alma-Ata, onde se assistiu a uma mudança de paradigma – PENSAR EM SAÚDE. Os cuidados de saúde primários desempenham um papel fulcral na prevenção da doença e na promoção da saúde. A Organização Mundial de Saúde (2008, p.XII) refere que

*“A Declaração de Alma-Ata foi clara sobre os valores a seguir: justiça social e o direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade. Havia, então, a sensação de que o progresso em direção a estes valores requeria mudanças fundamentais na forma como os sistemas de saúde operavam e que limitava o potencial de outros sectores”.*

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) (2016), refere que, a evidência científica a nível internacional indica que os sistemas de saúde baseados em cuidados de saúde primários efetivos, com profissionais altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com maior efetividade, tanto em termos de custos como em termos clínicos (...). Daí a importância da reformulação dos Cuidados de Saúde Primários que promoveram contextos organizacionais favoráveis à mudança de comportamentos (SNS, 2016).

Os ganhos da saúde da população residente em Portugal, têm sido muito significativos, nomeadamente, na infância e juventude. Tendo contribuído para este facto, o “Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil”, criado pela Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários em 1992, tendo sofrido várias atualizações, a última em 2005 (DGS, 2013).

Genericamente, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013, p.7) obedece a várias linhas-mestras, das quais se destaca:

*“Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde”.*

Porque, através desta linha-mestra são realizadas as atividades e dá-se resposta aos objetivos delineados.

O diagnóstico situacional surgiu em conversa com a Enfermeira Orientadora, e chegou-se à conclusão que uma área bastante descuidada pelos pais é a SEGURANÇA e os CUIDADOS AO RECÉM NASCIDO. Logo nas primeiras

consultas que assistiu e colaborou, observou que os pais chegavam à sala de enfermagem com o RN/Lactente na cadeira sem sistema de retenção colocado.

Além deste aspeto relevante, também surgiu a necessidade de a equipa de enfermagem atualizar conhecimentos sobre Parentalidade Positiva e as novas configurações familiares.

Perante este cenário, é premente a intervenção do enfermeiro no apoio aos pais na transição para a parentalidade, promovendo um comportamento parental positivo, baseado no melhor interesse da criança, que tem de ser compreendido pelos pais e apoiado pelos profissionais. Este apoio deve ser centrado em fatores protetores e ter por base as necessidades e potencialidades dos pais (Lopes, 2012). Após o diagnóstico da situação, é pertinente apoiar os pais, mas tendo por base os conhecimentos que estes já têm

Por conseguinte, determinou-se para **objetivos específicos**:

1. Desenvolver competências e conhecimentos de EEESIP na prestação de cuidados à criança e seus pais inseridos na comunidade, de forma a promover a parentalidade positiva.
2. Promover as estratégias de enfermagem para a promoção da PARENTALIDADE POSITIVA junto da equipa de enfermagem de saúde infantil.

Para responder ao primeiro objetivo, houve o apoio incondicional da equipa de enfermagem e foi necessária pesquisa bibliográfica, nomeadamente, o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (2013). Nesta consulta o enfermeiro tem um papel completamente autónomo, o que facultou momentos únicos de aprendizagem e conseqüentemente, a **atividade** realizada durante todo o estágio foi a colaboração na consulta de saúde infantil nas várias idades previstas pelo PNSIJ (2013), através da mobilização da escala de Mary Sheridan. Inserido nos cuidados antecipatórios houve oportunidade de promover comportamentos promotores de saúde, aludindo a importância: do aleitamento materno; a introdução de novos alimentos durante o primeiro ano de vida; a prática de uma alimentação saudável em todas as idades; a vacinação; a vigilância da saúde oral; a prevenção de acidentes; do exercício físico e o brincar; e outras atividades de lazer ao ar livre. No que concerne à segurança, foi um aspeto com que se debateu durante todo o estágio e pode afirmar que houve alturas em que ficou chocada, especialmente, quando observava situações em que os pais deixavam o RN/lactente em cima da bancada

para irem buscar as fraldas, ou quando chegavam à sala de enfermagem com o seu filho no “ovo” sem qualquer tipo de retenção. E passa a relatar um episódio, muito interessante que ocorreu: Chegou um pai, com o seu filho na cadeirinha com o sistema de retenção (mal) colocado. Observou-se e explicou-se como se colocava o cinto e ajustou-se à cadeira. Foi feita uma demonstração. Na semana seguinte, quando o Senhor X, volta à consulta com o seu filho na cadeirinha e com o sistema de retenção bem colocado. É claro, que foi feito um elogio! E o Senhor X, respondeu: - Obrigado, ainda bem que alguém que me elogia!

É importante oferecer feedback positivo e sucessos estruturados relativos a habilidades de paternidade/maternidade para fortalecer a autoestima (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010). As representações cognitivas transmitidas por meio de modelação servem como guias para a produção de desempenhos hábeis e como padrões para fazer ajustes corretivos no desenvolvimento da proficiência comportamental (Bandura, 2005).

Nesta sequência foi pertinente a realização de um folheto, para informar e esclarecer os pais sobre o transporte do RN (Apêndice VII).

Houve oportunidade de colaborar em várias consultas ao RN, a primeira consulta, é efetuada durante a primeira semana de vida. E constitui um grande desafio, pois a enfermeira para a realização desta consulta tem que ser uma perita, para não falhar nenhum detalhe desta avaliação. A enfermeira perita tem uma grande experiência, compreende as situações de forma intuitiva e apreende a essência do problema sem se perder em várias soluções e diagnósticos improdutivos (Benner, 2001). Todos os procedimentos que são realizados nesta primeira consulta, nos quais colaborou, estão documentados em apêndice VIII.

Na consulta dos 5/6 anos preconizada pelo PNSIJ, onde é realizado o exame global, também detetou perturbações da visão, situação que foi encaminhada para o médico. Também foram observadas outras situações do foro da assistência social, em que uma família com fracos recursos económicos, foi encaminhada pela enfermeira para a Assistente Social. Aliado a todas estas consultas, foi reforçado o exercício adequado das responsabilidades parentais. Sem dúvida que a enfermeira de saúde infantil tem um papel de destaque na comunidade, promovendo a saúde e prevenindo a doença. A OE (2010), afirma que é da competência dos enfermeiros avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem.

Ainda para dar resposta ao primeiro objetivo, através da enfermeira orientadora, foi realizada uma entrevista informal a uma fisioterapeuta que está inserida no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Foi uma experiência bastante enriquecedora, na medida em que aprofundou os conhecimentos sobre esta Entidade e ajudou a ganhar outras competências.

Esta entrevista pode ser consultada no apêndice VIII.

Para cumprir o segundo objetivo, foi realizada uma sessão formativa com o título “COMO PROMOVER A PARENTALIDADE POSITIVA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS” (Apêndice IX). Foi realizado o cartaz de divulgação da sessão, assim como o planeamento da mesma (Apêndice IX). Esta sessão formativa teve como objetivos: Apoiar o desenvolvimento da função parental funcionando como equipa e promover o bem-estar familiar. Além do enquadramento concetual, dos conceitos, também abordou as novas configurações familiares e os cuidados antecipatórios para cada idade. Nesta sessão formativa, os formandos intervieram várias vezes com entusiasmo para relatarem as suas experiências. A avaliação foi bastante positiva, como se pode comprovar no apêndice IX.

### 2.3.2 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Através das atividades realizadas neste contexto, pôde adquirir as seguintes competências:

- Relacionadas com a promoção do crescimento e o desenvolvimento infantil, através de demonstração de conhecimentos e avaliação do desenvolvimento da criança e do jovem e transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.
- No que diz respeito à comunicação, demonstrou habilidades na comunicação, de acordo com estadio de desenvolvimento da criança, respeitando as crenças e a cultura.



### **3 – CONCLUSÃO**

Este percurso, transformou-se numa experiência única e bastante enriquecedora. A aquisição de novas competências, foi sem dúvida um grande desafio, e um desejo consciente de melhoria dos cuidados prestados à criança/jovem e sua família pautado pelos princípios, os valores e os deveres profissionais, assim como as normas legais que regulam a profissão de enfermagem.

A motivação, a fácil integração e a autonomia crescente foram facilitadoras da aprendizagem, a Mestranda foi desenvolvendo competências do Enfermeiro Especialista e a cada tomada de decisão pôde através do juízo crítico tornar-se mais assertiva, reflexiva e com alto grau de responsabilidade. Todos estes conhecimentos tornaram-se Saberes em Enfermagem e através da mobilização irá transportá-los para a prática profissional.

A temática - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA PARENTALIDADE POSITIVA - transversal a todos os contextos, emergiu da prática diária, onde é recorrente os pais sentirem necessidade de conhecimentos sobre vários aspetos do desenvolvimento saudável dos seus filhos. Facto que constatou ao longo deste percurso formativo, o que tornou pertinente esta temática.

A realização do enquadramento teórico, foi fundamental para comprovar esta inquietação. Para sustentar a temática, a Mestranda apoiou-se na Teoria das Transições, que foi visível ao longo deste percurso, apoiando sistematicamente os pais para desenvolverem competências para uma parentalidade positiva, tornando estes momentos mais fáceis de ultrapassar, através dos cuidados transicionais. Com base na scoping review, atualizou conhecimentos e através das bases de dados consultadas ficou a saber que existem, a nível internacional, vários programas de apoio à parentalidade. Em Portugal, Lopes (2012) concluiu um estudo, que dá a conhecer três categorias de intervenções de enfermagem para apoiar os pais nesta problemática.

Como consequência temos o empoderamento dos pais com conhecimentos para o saudável desenvolvimento do seu filho, promovendo o comportamento parental positivo.

A diversidade dos contextos de estágio contribuiu para a Mestranda adquirir e desenvolver competências de EEESIP nas várias áreas, através das atividades, dar resposta ao objetivo geral - APROFUNDAR COMPETÊNCIAS TÉCNICAS, CIENTÍFICAS E HUMANAS DE ENFERMEIRO EEESIP ATRAVÉS DO DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DE UMA PARENTALIDADE POSITIVA, assim como, aos objetivos específicos.

Para dar resposta às competências de Mestre, foi importante a participação no “I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) – Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia” com a realização de um Poster, cujo tema foi “Consequências imediatas, a curto e a longo prazo da dor no recém-nascido na UCIN: Revisão narrativa da literatura (Apêndice X). Outra temática que faz parte da sua esfera de preocupações, porque a prevenção da dor em qualquer fase do desenvolvimento é um imperativo dos cuidados de enfermagem. Outro trabalho que contribuiu para dar resposta às competências de Mestre foi a Scoping Review, relativa à temática do meu percurso. A investigação constitui uma alavanca para a evolução de qualquer profissão. Com base na investigação os enfermeiros vão proporcionar aos seus clientes, cuidados com mais qualidade (Vieira, 2017).

Após o término deste Mestrado em Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, está habilitada para no futuro, participar em grupos de investigação, ser um elemento de referência no serviço com conhecimentos especializados em pediatria e saúde da criança, participar na formação em serviço, integrar novos elementos na equipa e fazer parte de um grupo de docentes.

Ao longo deste percurso, tem a ressaltar, o acolhimento que foi feito em qualquer um dos contextos de estágio, de tal maneira, que se sentiu um elemento da equipa.

Ao terminar este relatório e refletindo as experiências, pode afirmar que uma das dificuldades, foi a comunicação com os pais de crianças em cuidados neonatais. É muito fácil sentir empatia por estas famílias, mas nem sempre, é possível dizer o que pretendem ouvir.

Neste percurso foi evidente a diferença que um EEESIP, pode fazer na vida da criança/jovem e família, através dos conhecimentos que detém acerca deste binómio, em qualquer contexto onde se encontre, promovendo o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados à criança saudável ou doente e proporcionando educação para a saúde assim como identificação e mobilização de recursos de suporte à família (OE, 2018). Por isto, faz todo o sentido existirem as diferentes especialidades e serem contempladas na nossa carreira de enfermagem. Esta trajetória foi o estímulo para continuar uma atualização constante, mobilizando os conhecimentos que adquiriu ao longo deste Curso de Mestrado, encontrando-se sempre na busca constante da Qualidade.

*“A excelência em Enfermagem é possível.*

*A perfeição não é. Saiba a diferença”.*

*Hammerschmidt R.179*



#### 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACE Lisboa Norte (2016). Manual de Acolhimento. Recuperado de [http://www.arslvt.min.saude.pt/uploads/writer\\_file/document/4616/Manual\\_de\\_Acolhimento.pdf](http://www.arslvt.min.saude.pt/uploads/writer_file/document/4616/Manual_de_Acolhimento.pdf)

Almeida, S. K. A. & Mejia, D. P. M. (n.d.). Os benefícios da estimulação motora em recém-nascidos na UTIN: exercícios e posicionamentos terapêuticos. Pós-Graduação em Fisioterapia Hospitalar – Faculdade Sul-Americana – FASAM.

Bandura, A. (2005). A evolução da Teoria Social cognitiva. y. In: Smith, K.G.; Hitt, M.A. Great minds in management. Oxford University Press, 2005. p. 9-35. Recuperado de [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39183134/Cap\\_01\\_-\\_Bandura-Teoria\\_Social\\_Cognitiva.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39183134/Cap_01_-_Bandura-Teoria_Social_Cognitiva.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A)

Barroso, R. G., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*. 52. Vol.1, 211-229

Batalha, L. (2010). Dor em pediatria: Compreender para mudar. Lidel – edições técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-593-0.

Bennett, C. T., Buchan, J. L., Letourneau, N., Shanker, S. G., Fenwick, A., Smith-Chant, B., Gilmer, C. (2017). A realist synthesis of social connectivity interventions during transition to parenthood: The value of relationships. *Applied Nursing Research* 34:12-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.004>

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Quarteto Editora. Coimbra. ISBN: 972-8535-97-X.

Benzies, K., Mychasiuk, R., Kurilova, J., Tough, S., Edwards, N., & Donnell, C. (2014). Two-generation preschool programme: immediate and 7-year-old outcomes for low-income children and their parents. *Child & Family, Social Work*. doi:10.1111/j.1365-2206.2012.00894.x

Boterf, G. (2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin?. Dossier: Les compétences, de l'individuel au collectif. Recuperado de <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. M. (2010). NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem. Elsevier Editora Ltda. ISBN 978-85-352-3442-8.

Brandão, M. A. G., Martins, J. S. A., Peixoto, M. A. P., Lopes, R. O. P., & Primo, C. C. (2017). Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. *Texto & Contexto – enferm vol.26, nº4*. Florianópolis. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001420017>

Brazelton, T. B. (2010). O grande livro da criança, o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. (12ª ed). Lisboa. Editorial Presença. ISBN 978-972-23-1930-0.

Carvalho, M. M. C. (2016). Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Charepe, Z. B. (2014). Promover a Esperança em pais de crianças com doença crónica – Modelo de Intervenção em Ajuda Mútua. Universidade Católica Editora. ISBN:978-972-54-0420-1.

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. Nursing research methodology, Boulder, CO: Aspen Publication, 237-257.

Corvo, J. C. D. (2015). Parentalidade positiva e a prevenção de condutas de risco em adolescentes: O papel do criminólogo (Tese de Licenciatura). Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas. Porto, Portugal. Recuperado de [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4905/1/PG\\_J%C3%A9ssicaCorvo.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4905/1/PG_J%C3%A9ssicaCorvo.pdf),

Council of Europe (2006). Recommendation Rec(2006)19 of the Committee of Ministers to member states on child day-care, adopted by the Committee of Ministers on 13 December 2006. Recuperado de <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507&BackColorLogged=FFAC75>.

Council of Europe (2008). Parenting in Contemporary Europe: a positive approach. Strasbourg. Council of Europe Publishing.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). CIPE®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (edição portuguesa). Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-35-6

Cury, A. (2003). Pais brilhantes, professores fascinantes. Sextante. Rio de Janeiro. ISBN 85-7542-085-2.

Decreto-Lei nº47344/66 de 25 de novembro (1966).

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional. Pensar Enfermagem. Vol. 20, nº 2.

Direção Geral da Saúde. (2013) Saúde Infantil e Juvenil – Programa Nacional. Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde. Norma nº 001/2017.

Dodge, K., Goodman, B., Murphy R. A., O'Donnell, K., Sato, J., & Guptill, S. (2014). Implementation and Randomized Controlled Trial Evaluation of Universal Postnatal Nurse Home Visiting. *Promoting Public Health Research, Policy, Practice and Education* 104(suppl 1): S136-S143. Doi: 10.2105/AJPH.2013.301361

Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba – Teoria do conforto. In Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed. pp. 481-495). Loures, Portugal: Lusociência.

Ekim, A. (2016). The Effect of Parents' Self-Efficacy Perception on Healthy Eating and Physical Activity Behaviors of Turkish Preschool Children. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, vol.39, NO. 1, 30-40. <http://dx.doi.org/10.3109/01460862.2015.1090500>

Fielden, J. M., & Gallagher, L. M. (2008). Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 45, 406-417. Elsevier. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.09.008

*Grupo Português de Triagem. (n.d.). Recuperado de <http://www.grupoportuguestriagem.pt>*

Herdman, T. H., Kamitsuru, S. (2018-2020). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA – I, definições e classificação*. 11ª ed.. Artmed. Porto Alegre. Brasil. ISBN 9781626239296.

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.), Lusociência – Edições Técnicas e Científicas. Loures. ISBN: 978-989-748-004-1.

Komoto, K., Hirose, T., Omori, T., Takeo, N., Okamitsu, M., Okubo, N., & Okawa, H., (2015). Effect of Early Intervention to Promote Mother – Infant Interaction and Maternal Sensitivity in Japan: A Parenting Support Program based on Infant Mental Health. *J Med Dent Sci*: 62: 77- 89

Lamy, Z. C., Gomes, M. A. S. M., Gianini, N. O. M., & Hennig, M. A. S. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 659-668.

Lopes, M. S. O. (2012). Apoiar na parentalidade positiva: Áreas de intervenção de enfermagem. (Tese de Doutorado). Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.

Lopes, M. S. O., & Dixe, M. A. C. R. (2012). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até aos três anos: construção e validação de escalas de medida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Jul-ago. 2012.

Lisboa, F., Sobreiro, J., & Novo, T. M. (2007). Estratégias da criança hospitalizada para lidar com o desconforto, a dor e o sofrimento. In Camarro, I., Fradique, L., Carneiro, M. G. N., Guedes, M. M., & Rebelo, T. (2007). *Aprendendo o cuidado de enfermagem: entre a prática e a escrita a construção da competência clínica*. Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. ISBN: 978-972-99657-1-5.

Martins, C. A. (2013). A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: Uma teoria explicativa de enfermagem (Tese de Doutorado). Universidade de Lisboa.

McGilloway, S., NiMhaille, G., Bywater, T., Leckey, Y., Kelly, P., Furlong, M. & Comiskey, C. (2014). Reducing child conduct disorder behaviour and improving parent mental health in disadvantaged families: a 12-month follow-up and cost analysis of a parenting interventions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23:783–794 DOI 10.1007/s00787-013-0499-2

McKelvey, L. M., Burrow, N. A., Balamurugan, A., Whiteside-Mansell, L., & Plummer, P. (2012). Effects of Home Visiting on Adolescent Mothers' Parenting Attitudes. *American Journal of Public Health* | October 2012, Vol 102, No. 10.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle Range And Situation Specific Theories In Nursing. Research and Practice*. Springer Publishing Company. Ebook ISBN: 978-0-8261-0535-6.

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. K. H., & Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science/September 2000*, 12-28. Aspen Publishers, Inc.

Mendes, J., & Silva, L. J. (2013). Consenso em Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida. Recuperado de [http://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Cuidados\\_paliativos.pdf](http://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Cuidados_paliativos.pdf)

Ninomiya, T., Hashimoto, H., Tani, H., & Mori, K., (2017). Effects of primary prevention of child abuse that begins during pregnancy and immediately after childbirth. *The Journal of Medical Investigation*. Vol.64

Ordem dos Enfermeiros (2007). Consentimento Informado. Enunciado de posição. EP02/07. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadoras de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Volume I. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-00-4.

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

Ordem dos Enfermeiros (2012). Formação sobre a massagem para pais com filhos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Parecer nº 6/12. Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras em Enfermagem. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Guia Orientador de Boa Prática. Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem/Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde (2001). Community participation in local health and sustainable development. European Sustainable Development and Health Series

Organização Mundial de Saúde (2008). Cuidados de Saúde Primários. Relatório Mundial de Saúde 2008. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa, Portugal. ISBN: 978-989-95146-9-0.

Owen, D. A., Griffith, N., & Hutchings, J. (2017). Evaluation of the COPING parent online universal programme: study protocol for a pilot randomised controlled trial. *BMJ Open* 7(4). doi: 10.1136/bmjopen-2016-013381

*Parentalidade* in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2018. [consult. 2018-05-22 22:04:27]. Recuperado de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/parentalidade>

Pereira, C. M. G., Agostinho, C. A. N. (n.d.). Assumir o desafio de uma parentalidade positiva. Um programa de intervenção. Atencion Temprana y Educação Familiar IV. Congresso Internacional. ISBN 978-84-16533-13-8.

Ramos, A. L. (2001). Empoderamento em saúde: o papel do enfermeiro. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, Vol.1 – nº2.

Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de janeiro (2001). Diário da República nº 2/2001, I Série. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Lisboa. Portugal.

Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M. C., & Erdmann, A. L. (2015). Perceção dos pais e enfermeiros sobre cuidados de enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Sistema de Información Científica*. ISSNp 0874.023. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14023>

Ryan, R., O'Farrelly, & Ramchandani P. (2017). Parenting and child mental health. *London Journal of Primary Care* 9(6):86-94. Doi 10.1080/17571472.2017.1361630

Sá-Chaves, I. (2005). Os “Portfolios” reflexivos (também) trazem gente dentro: Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos. Porto Editora. ISBN 972-0-34737-6.

Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... revista do hospital de crianças maria pia. Vol. XX, nº1, 26-31.

Santos, E. J. F., Marcelino, L. M. M. M. S., Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F., Correia, R. M. L., Coutinho, E. C., & Azevedo, I. C. S. C. (2015). O cuidado humano

transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium*, 49 (jun/dez), 153-171.

Silva, E. M. H. (2015). *A Intervenção do Enfermeiro na Promoção da Parentalidade: Pais com crianças em situação de doença*. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal.

Silva, R. S., Bittencourt, I. S., & Paixão, G. P. N. (2016). *Enfermagem avançada: um guia para a prática*. Editora Sanar.

Serviço Nacional de Saúde (2016). *Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde - Área dos Cuidados de Saúde Primários – Relatório Intercalar*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews*. Recuperado de [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf)

Tomey, A.M., & Alligood, M, R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem (5ª ed., pp, 543-552)*. Loures, Portugal. Lusociência. ISBN:972-8383-74-6

Unicef (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Recuperado de [https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf)

Universidade Católica Portuguesa. (2018). *Guia de estágio final e relatório*. Curso de Mestrado em Enfermagem (Lisboa).

Veiga-Branco, Augusta. (2009). Prefácio de [Competências profissionais dos enfermeiros: excelência do cuidar]. In Mendonça, Susana Sobral. *Competências*

profissionais dos enfermeiros: excelência do cuidar. Penafiel: Editorial Novembro, 17-21. ISBN 978-989-8136-34-3

Vieira, Margarida. (2017). Ser Enfermeiro: Da compaixão à Proficiência. (3ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Weaver, N.L., Weaver, T. L., Nicks, S. E., Jupka, K. A., Sallee, H., Jacobsen, H., ... Jaques M. (2016). Developing tailored positive parenting messages for a clinic-based communication programme. Child: care, health and development. doi: 10.1111/cch.12418

Xavier, S. O., Nascimento, M. A. L., Badolati, M. E. M., Paiva, M. B. & Camargo, F. C. M. (2012). Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: Reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal. Artigos de Revisão. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 dez; 20 (esp.2): 814-8.

Zagonel, I., P., S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, 25-32, julho. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/262467331 Transitional human care in nursing trajectory](https://www.researchgate.net/publication/262467331_Transitional_human_care_in_nursing_trajectory)

## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

**CONTATO COM AFAF MELEIS – UTILIZAÇÃO DE DIAGRAMA CONCETUAL**

**TRANSIÇÕES: TEORIA DE MÉDIO ALCANCE**



From: Paula Jerónimo <pj682011@hotmail.com>  
 Sent: Sunday, January 20, 2019 9:56:10 AM  
 To: MELEIS, AFAF Ibrahim  
 Subject: Theory of Transitions

Professor Meleis

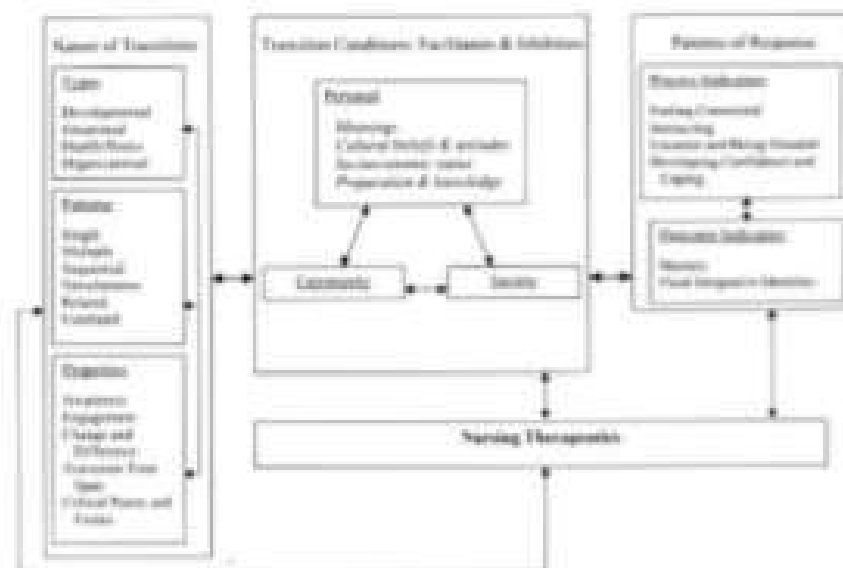
I am a Portuguese nurse and at the moment I am doing my master's degree in child and pediatric health nursing at Catholic Portuguese University in Lisbon. My theme is based on nursing strategies to promote positive parenting and as a theoretical basis I am using the Theory of Transitions, because it is transversal to all nursing contexts, it is current and it makes sense to support my theme.

In this sense, I want to ask permission to present in my work: the Figure 1, which explains the Theory of Transitions, published in the article "Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory" (2000), whose authors are Afaf Meleis, Linda Sawyer, Eun-Ok Im, DeAnn Messias and Karen Schumacher.

I end by saying that I am an admirer of your work for the contribution you has made to nursing worldwide.

In the expectation of an answer, my best regards.

Paula Jerónimo



MELEIS, AFaf Ibrahim <meleis@nursing.upenn.edu>

Seg, 21/01/2019 20:56

Você

■

dear Paula

I am so pleased you are thinking theoretically about your project. you have my permission to use transition theory and to use the figure in your work. please make sure that it is well cited . I addition, as you see below under references and under transition page there are other newer figures and updated version fo the theory. best wishes.

inicedently I will be in Lisbon in April 11-15, 2019 for a board meeting. if you happen to hear about our presence, feel free to come and meet me.

Afaf I. Meleis, PhD, FAAN, LL

Dean Emerita and Professor of Nursing and Sociology  
University of Pennsylvania School of Nursing

Claire M. Fagin Hall  
418 Curie Boulevard  
Philadelphia, PA 19104-4217

Home Address:  
39 Corte Ramon  
Greenbrae, CA 94904

Mobile: 215-840-0403  
Skype: afaf.meleis1  
Email: [meleis@nursing.upenn.edu](mailto:meleis@nursing.upenn.edu)  
Twitter: <https://twitter.com/AfafMeleis>  
Blog: <http://afafmeleis.blogspot.com/>  
Webpage: <https://tinyurl.com/yaoslydu>  
Transitions Page: <https://tinyurl.com/y7ftcx6q>

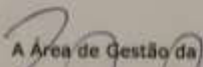
**ANEXO II**  
**CERTIFICAÇÃO DE PARTICIPANTE NA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO**



## DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA PAULA DA SILVA JERÓNIMO** frequentou a Acção de Formação em Serviço  
"ATUALIDADES EM NEONATOLOGIA: Cardiopatias Congénitas" realizada pelo(a), **UCI  
Neonatologia** no dia **25 de Outubro de 2018**, com a duração total de **1 hora**.

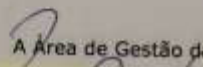
Lisboa, 31 de Outubro de 2018

  
A Área de Gestão da Formação

## DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA PAULA DA SILVA JERÓNIMO** frequentou a Acção de Formação em Serviço  
"ATUALIDADES EM NEONATOLOGIA: Cuidados ao RN na Cultura Hindu" realizada pelo(a),  
**UCI Neonatologia** no dia **25 de Outubro de 2018**, com a duração total de **1 hora**.

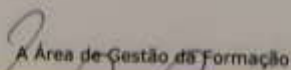
Lisboa, 31 de Outubro de 2018

  
A Área de Gestão da Formação

## DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA PAULA DA SILVA JERÓNIMO** frequentou a Acção de Formação em Serviço "**ATUALIDADES EM NEONATOLOGIA: Ventilação Invasiva com Óxido Nítrico**" realizada pelo(a), **BOP 5 HDE** no dia **25 de Outubro de 2018**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 31 de Outubro de 2018

  
A Área de Gestão da Formação

## DECLARAÇÃO

Declara-se que **ANA PAULA DA SILVA JERÓNIMO** frequentou a Acção de Formação em Serviço "**ATUALIDADES EM NEONATOLOGIA: Posicionamento na UCIN**" realizada pelo(a), **UCI Neonatologia** no dia **25 de Outubro de 2018**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 31 de Outubro de 2018

  
A Área de Gestão da Formação

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

### **Sessão Formativa**

**“Intervenção de Enfermagem na Promoção da Parentalidade Positiva”**

**Dirigida aos enfermeiros da urgência pediátrica**



## INDÍCE

	Página
<b>1. Planeamento da sessão .....</b>	<b>89</b>
<b>2. Diapositivos apresentados .....</b>	<b>91</b>
<b>3. Avaliação da sessão .....</b>	<b>99</b>









## OBJETIVOS

Abordar o conceito de parentalidade e parentalidade positiva

Apresentar casos práticos para a promoção da parentalidade positiva

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL



• A **parentalidade positiva** surgiu com base na psicologia positiva

• CONSELHO DA EUROPA, 2006

• Regulamento (UE) nº 1761/2013 da Comissão Europeia de 17 de Junho de 2013, relativo a certificação de qualidade dos serviços de creche e de educação infantil



## PARENTALIDADE

• **"TOMAR CONTA:** Assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados"

(LIFE, 2005)

## PATERNIDADE OU MATERNIDADE COMPROMETIDA

• **Capacidade Parental**

(LIFE, 2005)



## PARENTALIDADE POSITIVA

"O comportamento dos pais fundamentado no superior interesse da criança, que cuida, desenvolve as suas capacidades, não é violento e oferece reconhecimento e orientação, e que inclui o estabelecimento de limites que permitem um desenvolvimento pleno da criança"

(COUNCIL OF EUROPE, 2006, P.3)

## O QUE PROMOVE A PARENTALIDADE POSITIVA



PREVINE ABUSOS  
INFANTIS

Resiliência

Aumenta a autoestima  
e segurança da criança

Vinculação

Facilita o desenvolvimento  
em geral da criança

OS MELHORES INTERESSES DA  
CRIANÇA



Fonte: UNICEF (2012); Fórum Global de 2012

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Revista Brasileira de Enfermagem  
 Brasília, DF  
 v. 67, n. 1, p. 1-10, fev. 2014

Artigo Original

## Exercício da parentalidade positiva pelas pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida

Marli de Fátima de Oliveira Custódio Lopes<sup>1</sup>  
 Maria do Amparo Custódio Rodrigues Lima<sup>2</sup>

Os pais/mães devem aprender a criar, educar e controlar a criança de maneira adequada de acordo com suas características individuais em sua interação de longo, distribuída por várias dimensões, tais como: a participação do pai/mãe, as dificuldades e as necessidades de desenvolvimento das crianças, a qualidade da parentalidade positiva, nos primeiros três anos de vida. O objetivo do estudo foi avaliar a validade e a confiabilidade das escalas de medida em português, a partir de sua adaptabilidade e validade, por meio de intervenções de educação e orientação para os pais/mães, quanto às necessidades de sua parentalidade positiva a uma

### ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA PELAS PAIS DE CRIANÇAS ATÉ TRÊS ANOS

Marli de Fátima de Oliveira Custódio Lopes  
 Maria do Amparo Custódio Rodrigues Lima  
 Universidade Estadual Paulista  
 "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP)

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA	VALIDADE CONSTRUÍDA	VALIDADE CONFIABILIDADE	VALIDADE DE CONFIABILIDADE
<b>Parentalidade Positiva (PP)</b>			
1. Participação da parentalidade			
2. Responsabilidade da parentalidade			
3. Qualidade da participação da parentalidade			
4. Qualidade da responsabilidade da parentalidade			
5. Qualidade da participação da parentalidade			
6. Qualidade da responsabilidade da parentalidade			
7. Qualidade da participação da parentalidade			
8. Qualidade da responsabilidade da parentalidade			
9. Qualidade da participação da parentalidade			
10. Qualidade da responsabilidade da parentalidade			
<b>Parentalidade Negativa (PN)</b>			
11. Qualidade da participação da parentalidade			
12. Qualidade da responsabilidade da parentalidade			
13. Qualidade da participação da parentalidade			
14. Qualidade da responsabilidade da parentalidade			
15. Qualidade da participação da parentalidade			
16. Qualidade da responsabilidade da parentalidade			



## CASOS PRÁTICOS, VAMOS PROMOVER A PARENTALIDADE POSITIVA...

### \* SITUAÇÃO NA TRIAGEM

1º caso - D. Isabel leva o seu filho de 2 meses à urgência, porque o lactente tem febre há 1 hora, resolveu vir para a urgência, não lhe administrou nenhum antipirético ...

2º caso - Sr. António leva o seu filho de 6 meses à urgência, porque o lactente apresenta erupções maculo papulares generalizadas, que começaram a aparecer no dia anterior após o jantar que foi sopa (batata, cenoura, alho francês, brócolos e nabo) ...

### \* SITUAÇÃO NA SALA DE TRATAMENTO

3º caso - Joana de 13 anos vai à sala de tratamento, porque está com uma amigdalite e necessita de penicilina LM, a D. Amélia (mãe da Joana), fica à porta ...

## CONCLUSÃO

Sendo a **PARENTALIDADE COMPROMETIDA** um **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM** nós enfermeiros estamos numa posição privilegiada para **INTERVIR** e apoiar os pais na transição para a **PARENTALIDADE POSITIVA**.

No exercício da **parentalidade positiva** a criança é o cliente da atenção, com direitos, características positivas e potencialidades a desenvolver. O apoio aos pais deve ser direccionado para um comportamento parental positivo e para o conhecimento e compreensão de assuntos que possibilitem os melhores resultados na criança (Lopes, Catarino & Dixe, 2010).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

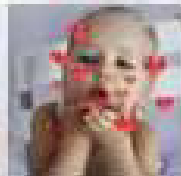
Organização Internacional de Enfermeiros (OIE). (2019). OIE-IB- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (edição portuguesa). Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-994-0-04422-6

IE26 (2012). Saúde Infantil e Juvenil – Programa Nacional

Lopes, M. S.J. C., Catarino, H. & Dias, M. A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Novos Saberes da Literatura Infância. *O Sono*, nº1, p. 100-110

Lopes, M. S.J. C. & Dias, M. A. C. R. (2012). O sector de parentalidade positiva antes e depois de 10 anos de criação e avaliação de escala de medida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100004>

Ordem dos Enfermeiros (OIE). (2019). Adaptação à Parentalidade Positiva durante a Gravidez – Guia Orientador de Boa Prática. Coimbra, IL. 1ª edição. ISBN 978-9944-044-02-4



*“A gentileza usa palavras, usa confiança  
A gentileza usa presença, usa profundidade  
A gentileza usa o deus da CRIA AMOR.”*

LADYGA

OBRIGADA

### 3 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO



#### **AVALIAÇÃO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO “INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA”**

Esta atividade aconteceu na sala de enfermagem da urgência pediátrica pelas 8H20, na presença de 6 enfermeiros. Relativamente à avaliação que os enfermeiros fizeram, baseou-se em 4 questões, as respostas poderiam variar entre 1 e 5, em que o 1 significa – MUITO BAIXO, e o 5 MUITO ELEVADO (o questionário utilizado foi o existente no serviço de urgência, por ser adequado à formação realizada):

A primeira questão diz respeito à **ação de formação em geral** e é constituída por vários itens:

- a) Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades
- b) Adequação da duração da ação
- c) Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas
- d) Qualidade da ação relativamente às melhores ações já frequentadas

A todas estas questões, 100% (6) dos enfermeiros deram a avaliação de 5, ou seja, MUITO ELEVADO.

A segunda questão, aborda o **conteúdo da ação de formação**, com os seguintes itens:

- a) Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual
- b) Qualidade da abordagem ao tema (p.ex., estruturação e nível de profundidade apropriados)
- c) Efetividade da abordagem para alcançar os objetivos delineados
- d) Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos

A todas estas questões, 100% dos enfermeiros deram a avaliação de 5, ou seja, MUITO ELEVADO.

A terceira questão, aborda a **organização e logística**, com os seguintes itens:

- a) Eficiência do apoio prestado pela equipa responsável
- b) Conforto e luminosidade das instalações onde decorreu a ação
- c) Qualidade de funcionamento dos equipamentos de suporte pedagógico

A todas estas questões, 100% dos enfermeiros deram a avaliação de 5, ou seja, MUITO ELEVADO.

A quarta questão, diz respeito ao **formador**, com os seguintes itens:

- a) Definição inicial dos objetivos
- b) Domínio demonstrado do tema
- c) Exposição clara e precisa do conteúdo
- d) Motivação e incentivo à participação

A todas estas questões, 100% dos enfermeiros deram a avaliação de 5, ou seja, MUITO ELEVADO.

Deste questionário, ainda faziam parte mais duas questões – PONTOS FORTES E PONTOS A MELHORAR/SUGESTÕES. A estas 2 questões 33% (2), referiram que os pontos fortes da sessão, foi a temática – PARENTALIDADE POSITIVA.

Através desta avaliação, posso concluir que atingi o objetivo específico que delinieie – Promover as estratégias de enfermagem para a promoção da parentalidade positiva junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, pude desenvolver várias competências que fazem parte do instrumento de avaliação do estágio:

- Participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização.
- Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.
- Identifica necessidades formativas na sua área de especialização.
- Promove a formação em serviço na sua área de especialização.

É importante que tenhamos como escopo da profissão de enfermagem, uma atualização constante dos conhecimentos técnicos e científicos para podermos dar respostas às situações com que nos deparamos, tendo em conta o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015:78).

**APÊNDICE II**

**PROJETO CUIDAR E MIMAR**

**RELATÓRIO DA SESSÃO “CRESCER SAUDÁVEL”**





## RELATÓRIO DO "PROJETO CUIDAR E MIMAR"

No âmbito da parceria proposta pela Câmara Municipal X ao Hospital Y, na área da Saúde Materno Infantil, foi-me possibilitada a oportunidade de participar numa sessão de educação para a saúde.

Estas sessões têm como população alvo, pessoas carenciadas inscritas no Rendimento Social de Inserção (RSI).

Foram realizadas 2 sessões no dia 20/09/2018, a primeira pelas 9h30, no Centro Cultural e Social de ..... (umas das freguesias abrangidas pelo Hospital Y). Estavam inscritas 20 pessoas e participaram 13, destas 13, 12 eram mulheres e o único homem veio acompanhar a esposa. Cerca de metade trouxeram os filhos, com idades compreendidas entre 1 mês e 4 anos. A maioria de etnia cigana. A segunda pelas 14h, na Associação ..... em ..... estavam inscritas 30 pessoas e participaram 13, nenhuma veio acompanhada e a maioria era de etnia cigana.

A formação intitulou-se "Crescer Saudável", onde é abordado o tema da alimentação desde o nascimento até à idade pré-escolar. Tocando vários temas importantes desde o aleitamento materno e a sua conservação, cuidados de higiene, introdução de novos alimentos, roda dos alimentos e sua importância e regras na elaboração de ementas saudáveis.

Constatou-se que nos 2 grupos, tinham conhecimento sobre a importância e as vantagens do aleitamento materno, assim como a introdução de novos alimentos. Relativamente, à nova roda de alimentos tinham conhecimento através dos filhos que já frequentavam a escola; verificou-se que a alimentação que fazem não é apropriada, ingerem muitos doces e comem em excesso.

Esta ponte entre o Hospital e a Comunidade é importante, no sentido de promover hábitos saudáveis na população evitando doenças crónicas (ex. diabetes). Um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem emanados pela Ordem dos Enfermeiros, é a Promoção da Saúde, levando à criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis (...), o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente. Os Padrões de Qualidade definem a promoção da saúde como um elemento da prática de enfermagem ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, grupos e comunidade, no sentido de conquistarem o máximo potencial de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) definiu Educação para a Saúde como "qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes".

Esta minha atividade veio dar resposta a um dos meus objetivos específicos e vai ao encontro de uma das competências do EEESIP – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, nomeadamente nos pontos:

Paula Jerónimo



E.1.1.3 – Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para assumpção dos seus papéis de saúde.

E.1.1.4 – Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

E.1.15 – Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

educação para a saúde

**APÊNDICE III**  
**DIÁRIO DE APRENDIZAGEM NA UCIN**



**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA  
PROFISSIONAL**  
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Unidade Curricular – Enfermagem de Saúde Infantil

**DIÁRIO DE APRENDIZAGEM**  
**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS**

Por  
Paula Jerónimo  
Sob a orientação de Zaida Charepe

Lisboa  
Dezembro, 2018

<b>INDÍCE</b>	<b>pag.</b>
0 – INTRODUÇÃO .....	2
1 - MÉTODO CANGURU .....	3
2 – POSICIONAMENTO TERAPEUTICO .....	5
3 – CUIDAR CULTURAL .....	8
4 – OUTRAS APRENDIZAGENS .....	10
5 – CONCLUSÃO .....	10
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	11

## **0 - INTRODUÇÃO**

Escolhi o Serviço de Neonatologia X, porque foi um serviço onde trabalhei há 19 anos e sabia que esta realidade me podia proporcionar momentos de grande aprendizagem e contribuir para aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) delineadas pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente, no concerne, ao modelo conceitual centrado no binómio criança/família que é o objetivo dos nossos cuidados e a intervenção é dirigida a uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que vai desde o nascimento até aos 18 anos de idade (...) em qualquer contexto (CEI, 2018).

Por sugestão da Professora Orientadora, resolvi elaborar um "Diário de Aprendizagem", que me vai permitir expôr de forma escrita tudo o que vou aprendendo e experienciando, possibilitando a reflexão de modo a: identificar necessidades e novas oportunidades de aprendizagem, identificar novos caminhos de ação, desenvolver-me a nível pessoal e profissional, escapar à prática rotineira, emendar-me e "empoderar-me" enquanto indivíduo (...) (Unidade Curricular – Supervisão de Cuidados, 1º semestre). Como metodologia para uma prática reflexiva também podemos recorrer ao ciclo de Gibbs, que proporciona melhoria da prática e autoconhecimento, sendo constituído por 6 etapas:

1ª – Descrição (da situação),

2ª – Sentimentos (o que senti),

3ª – Avaliação (o que correu bem e menos bem),

4ª – Análise (decompor a situação nos seus componentes),

5ª – Conclusão (como o nosso comportamento e o dos outros influenciou a situação, o que podemos fazer para melhorar?),

6ª – Planear a ação (quais as intervenções que tenho que melhorar).

A Ordem dos Enfermeiros defende que, o desempenho do Enfermeiro Especialista deve espelhar uma prestação de cuidados de nível avançado, devendo para tal ser desenvolvida a capacidade reflexiva, que conduza ao cuidado por excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Além desta metodologia, também vou recorrer à pesquisa bibliográfica, aos projetos implementados no serviço, à Enfermeira Orientadora e à restante equipa.

Nestas últimas anos, verificou-se uma grande evolução no que diz respeito à tecnologia dos equipamentos e ao conhecimento sobre o RN, Segundo Hockenberry & Wilson

(2014, p.334), os rápidos progressos na compreensão da fisiopatologia do recém-nascido e o aumento da capacidade de aplicação deste conhecimento, enfatiza as necessidades das crianças gravemente doentes serem cuidadas em unidades apropriadas. Genericamente, a própria evolução da neonatologia, uma das áreas da medicina mais eficazes e que apresenta melhores resultados, graças a tratamentos muito elaborados e controlados, tem sido uma das grandes responsáveis pelo decréscimo das taxas de mortalidade neonatal (George, 2014, p.17).

Segundo a Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro, em Portugal o número de nascimentos tem vindo a diminuir. Em 2007 nasceram 102.567 nados-vivos, que representa uma quebra de -14,6%, quando comparado com o ano 2000. Por outro lado, a taxa de prematuridade tem vindo a aumentar, em 2007 a taxa encontrava-se em 9,1%. Nesse ano nasceram 9296 prematuros, o que representa um crescimento de +31,5%, quando comparado com o ano de 2000.

Neste sentido, é importante compreender o impacto que o internamento na UCIN tem sobre o RNPT e podemos refletir sobre o delineamento de ações para minimizar os efeitos adversos da assistência neonatal. A redução de ruídos, a diminuição da luminosidade e a adoção de medidas de controle da dor, são estratégias que contribuem para o desenvolvimento do RNPT (Xavier, Nascimento, Badolati, Paiva, & Camargo, 2012).

Nesta linha condutora, na UCIN do Hospital X a filosofia dos cuidados é baseada na filosofia NIDCAP®. E digo, baseada, porque **esta filosofia é um "programa" em que é imprescindível os enfermeiros terem formação, requeir um compromisso multidisciplinar para definição da equipa (Santos, 2011).** Assim, os cuidados na UCIN do Hospital X, têm o objetivo de promover um adequado desenvolvimento da criança e a capacitação dos pais para se tornarem autônomos na prestação dos cuidados ao seu filho. Os cuidados centrados na família, são orientados para a força que a família impulsiona no desenvolvimento e crescimento da criança; a criança e a família são parte integrante da equipa multidisciplinar, são parceiros nos cuidados (Sellen, 2017).

## **1 - MÉTODO CANGURU**

Uma das estratégias utilizadas para a promoção do desenvolvimento do RNPT e a participação dos pais, é o Método Canguru, também chamado de "contato pele a pele". Este projeto foi implementado na Unidade por 2 enfermeiras em 2009, chamado

PROJETO "MÃE-CANGURU", inserido no Programa de Melhoria Contínua de Qualidade. Tem como objetivo geral a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a todos os RN pré-termo (RNPT) com condições para o realizarem e respetivas famílias. Alguns dos objetivos específicos, foram a formação da equipa dotando-a das competências necessárias à realização do Método Mãe-Canguru; monitorização da realização do Método e os procedimentos adotados, de forma presencial e/ou utilizando os registos diários de enfermagem e por fim; avaliação das mudanças ocorridas com a implementação do Método, de acordo com os indicadores definidos pelo grupo de trabalho, conforme os padrões da qualidade e melhoria de cuidados de enfermagem. Foi criada uma instrução de trabalho para orientar os enfermeiros para a prática deste Método. Um critério a ter em conta é a aceitação por parte dos pais, pois é uma técnica que tem que ser compreendida e necessita de disponibilidade de tempo para providenciar este cuidado de forma gradual; relativamente, às condições do RNPT, deve iniciar-se com idade gestacional superior a 30 semanas e peso de nascimento superior a 1200 gramas, devido ao elevado risco de complicações. Em RNPT superior a 30-34 semanas e peso de nascimento superior ou igual 1800 gramas, pode ser iniciado pouco tempo após o parto, na maioria das situações, caso não se verifiquem complicações. Como critérios de exclusão, temos as crianças com cateteres umbilicais, drenagens torácicas, fototerapia e RNPT com instabilidade hemodinâmica e respiratória.

Após a implementação do Projeto foi realizada uma auditoria com base na instrução de trabalho, incluiu 32 RNPT com idade gestacional (média) 33.7 semanas e com o peso (média) de 1512 gramas, internados na UCIN entre 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2010. Os resultados revelaram-se bastante positivos, o Método Mãe-Canguru foi realizada em 99.6% do RNPT e todos os RNPT/pais incluídos, realizaram o Método com a duração mínima de uma hora (contínua) em cada dia.

Esta é uma atividade autónoma de enfermagem que promove um cuidado individualizado ao RN e família, envolve os pais ativamente nos cuidados ao longo do internamento, desenvolvem um vínculo seguro e desenvolvem mais rapidamente as competências parentais. Assim promovemos a transição para a parentalidade de forma mais segura e apoiada. Meleis (2005) referida por Marques (2011) alude que esta é uma área importante para a enfermagem porque as pessoas que vivenciam transições tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afetar a saúde e o bem-estar. Estes pais encontram-se momentaneamente em 2 transições, 1 para a parentalidade e a outra, uma situação de doença/fragilidade do seu filho. As condições que conduzem aos processos de transição estão ligadas com quatro tipos de transição: de desenvolvimento,

situacionais, de saúde-doença e organizacionais (Mefeis et al, 2000, referidos por Marques, 2011). Também referem que a transição é sempre positiva, uma vez que as pessoas incorporam o conhecimento da situação e depois duma situação de transição alcança-se uma situação de maior estabilidade. O que numa unidade de neonatologia nem sempre acontece, o desfecho da situação pode ser muito doloroso e de grande impacto na vida destes pais.

Juffer, Bakermans-Kranenburg e Van Ijzendoorn (2008), referidos por Lopes (2012), mencionam que a parentalidade é um estado ao longo da vida com consequências para os pais e uma função cujo objeto de atenção e de ação é a criança. Isto pressupõe que a parentalidade constitua um projeto de saúde centrado nos pais ou um projeto de saúde centrado na criança (Lopes, 2012).

## 2 - POSICIONAMENTO TERAPEUTICO

Outro conceito que contribui para a filosofia dos cuidados na UCIN, é o POSICIONAMENTO TERAPEUTICO, para melhor entender esta técnica foi necessário realizar pesquisa bibliográfica, para poder adquirir uma base teórica sólida e desenvolver competências mais proficientes. Foi igualmente essencial a intervenção da fisioterapeuta e das colegas que já são peritas nesta intervenção.

Segundo Xavier, Nascimento, Badolati, Paiva, & Camargo (2012), o cuidado postural com o RNPT está diretamente relacionado à melhoria dos cuidados por contribuir na regulação das suas funções fisiológicas, proporcionando estabilidade e reduções de gastos de energia. Também Hunter (2001), referido por Hockenberry e Wilson (2014), aludem que o posicionamento terapêutico em RNPT ou de alto risco tem como objetivo providenciar um adequado apoio e contenção para manter a criança com o corpo em flexão e na linha média, na tentativa de minimizar deformações posicionais e ajudar as crianças a manterem-se calmas e organizadas. Também recorri ao Manual do Serviço sobre Posicionamento Terapêutico, para apreender os aspetos mais práticos. O "saber saber" e o "saber fazer", são competências indissociáveis e como futura Enfermeira Especialista é importante uma articulação da teoria com a prática para alcançar a excelência dos cuidados promovendo o mais elevado estado de saúde possível. Deste Manual, foi importante extrair a parte prática dos posicionamentos, as suas vantagens e desvantagens.

VANTAGENS	DESVANTAGENS	COMO POSICIONAR
<b>DÉCUBITO DORSAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior agitação e desorganização motora.</li> <li>- Risco de achatamento occipital e de retração da cintura escapular.</li> <li>- Dificulta as atividades na linha média.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevar a cabeça a 30°.</li> <li>- Colocar almofada de silicone sob a cabeça.</li> <li>- Evitar a hiperflexão ou hiperextensão do pescoço, colocando a cabeça na linha média.</li> <li>- Promover a flexão dos membros superiores ao nível da linha média.</li> </ul>
<b>DÉCUBITO LATERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de achatamento lateral da cabeça.</li> <li>- Risco de atelectasia pulmonar do lado do posicionamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevar a cabeça a 30°.</li> <li>- Colocar almofada de silicone sob a cabeça.</li> <li>- Evitar a hiperflexão ou hiperextensão do pescoço, colocando a cabeça na linha média.</li> <li>- Promover a flexão dos membros superiores ao nível da linha média.</li> <li>- Poderá ser colocado um rolo entre os membros inferiores de espessura suficiente para promover uma leve separação dos membros, mantendo uma posição neutra das extremidades.</li> </ul>
<b>DÉCUBITO VENTRAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco acrescido de estubação endotraqueal.</li> <li>- Dificuldade na monitorização e vigilância.</li> <li>- Menor contato visual com o cuidador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevar a cabeça a 30°.</li> <li>- Lateralizar a cabeça e colocar almofada de silicone sob a mesma.</li> <li>- Promover a flexão dos membros superiores.</li> <li>- Utilizar um posicionador ventral ou um rolo feito com um lençol colocado verticalmente sob o bebê, abrangendo a cabeça até a anca e promovendo a flexão dos membros inferiores em adução.</li> </ul>

É importante a aferência de decúbitos porque promove o hemisíndese do desenvolvimento do sistema músculo-esquelético e o crescimento simétrico da cabeça, caso contrário os riscos são de achatamento e assimetria da cabeça.

Quadro 1 – Adaptado do Manual do Serviço – “O Posicionamento Terapêutico na UCIN” (Tamez, 2005)

Há que ressaltar, que existem variâncias quanto ao posicionamento, caso seja um prematuro ou um RN de termo. No caso do prematuro, o posicionamento tem que ter o objetivo de conter o RN e promover a flexão dos membros inferiores, uma vez que o padrão flexor surge às 30/32 semanas de gestação (Almeida & Mejia, n.d.). Quando um bebê nasce com menos de 30/32 semanas de gestação, os membros inferiores possuem tônus extensor.

A criança ao nascer com menos de 37 semanas de gestação apresenta uma hipotonia generalizada, devido à imaturidade do SNC e do músculo esquelético (Almeida & Mejia, n.d.). Assim para a enfermagem e fisioterapia é um duplo desafio, por um lado compensar o baixo tônus e por outro, "lutar" contra a gravidade. É importante dar referências ao bebê para o organizar e conter. O confinamento à incubadora, traduz-se numa experiência muito pobre de movimentos.

As intervenções abordadas anteriormente – MÉTODO CANGURO e POSICIONAMENTO TERAPEUTICO, além do objetivo - promover o adequado desenvolvimento do RN, também tem inerente o CONFORTO do RN que vai de encontro à Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que sendo classificada uma Teoria de Médio Alcance, tem uma alta aplicabilidade, na pesquisa e prática clínica, contudo são múltiplas e complexas as estratégias e bases metodológicas para o seu desenvolvimento, exigindo que mais produção sobre o tema esteja disponível (Brandão, Martins, Peixoto, Lopes, & Primo, 2017).

Assim os princípios da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, que segundo Dowd (In Toney & Allgood, 2004, p. 484), regem-se pelo seguinte:

*(1) o conforto é geralmente próprio de uma condição, (2) o resultado do conforto é sensível às mudanças ao longo do tempo, (3) qualquer intervenção de enfermagem holística consistentemente aplicada, com uma história estabelecida para a eficácia, melhora o conforto ao longo do tempo e (4) o conforto total é maior do que a soma das partes.*

O conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto, satisfazendo as necessidades, que podem ser de três tipos (alívio, tranquilidade e transcendência) e em quatro contextos (físico, psico-espiritual, social e ambiental) (Dowd, In Toney & Allgood, 2004).

Para Kolcaba, as medidas de conforto são intervenções de enfermagem realizadas para dar respostas às necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas (Dowd, In Toney & Allgood, 2004). No caso dos RNs estas intervenções irão dar respostas às

necessidades fisiológicas, ambientais e físicas, promovendo o alívio e tranquilidade, no contexto físico e ambiental. O RN ao sentir-se confortável, apresenta sinais vitais estáveis, fica mais calmo e apresenta um padrão de sono melhorado.

### 3 - CUIDAR MULTICULTURAL

Com a globalização e o fenômeno da imigração, recebemos imigrantes vindos da Europa de Leste, África, Ásia e América Latina que mais tarde ou mais cedo, vão ser nossos clientes no hospital.

Trazem consigo a sua língua, a sua cultura, a sua religião e o seu modo de vida. Uma grande parte não fala português, alguns falam inglês e outros nem inglês... A comunicação torna-se difícil, por vezes são os próprios profissionais que constituem uma barreira cultural, reduzindo a qualidade dos cuidados. Os enfermeiros não podem deixar que as suas próprias crenças interfiram no seu profissionalismo.

Durante a minha passagem pela UCIN, tive a oportunidade de contactar com a cultura Hindú, através de uma família do Bangladesh, a filosofia assenta em valores éticos e morais fortemente determinados e enraizados no modo de vida dos seus seguidores (...) os costumes, os hábitos, as orações diárias mostram o despreendimento pelos bens materiais para atingir a verdade absoluta e a perfeição do Homem e conseqüentemente, a plenitude espiritual (Monteiro, 2007).

A filosofia Hindú acredita na reencarnação e o nascimento é visto como forma de aperfeiçoamento da pessoa, mais uma oportunidade para melhorar. O nascimento é visto como uma bênção de Deus e acolhido com muita alegria. O RN é um ser puro. Existem inúmeros rituais desde a concepção do bebé e durante toda a sua infância até à morte. É habitual vermos crianças desta cultura com um risco preto ou pintas pretas no rosto ou pulseiras/linhas pretas, são considerados rituais contra o mau olhado. Pulseiras/linhas brancas significam que a criança está diretamente ligada à Deusa. O banho é preferencialmente de manhã, para o bebé estar puro e poder "ajoelhar-se" perante os Deuses e ter sorte.

Um bebé Hindú quando está na UCIN, só tem a visita da sua mãe 40 dias depois do nascimento, porque esta, se encontra de resguardo (é claro, que não é regra, mas faz parte da filosofia Hindú).

Estes são aspetos muito importantes que os profissionais devem ter em conta aquando dos cuidados. Para Barradas, Rodrigues e Pereira (2010), referem que nas multiculturas, os enfermeiros têm de obter conhecimentos sobre as concepções de vida,

de pessoa e de comunidade, tentando compreender qual o contexto em que a pessoa está inserida para poder desenvolver o seu processo de cuidados. Recorrendo à Teórica Leininger, que defende o "Cuidar Cultural",

*como ações ou decisões de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras cognitivamente baseadas feitas à medida para servir valores, crenças e modos de vida do indivíduo, grupo ou institucionais para prestar ou apoiar serviços de cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios (Weich, In Torrey & Allgood, 2004, p. 572).*

Leininger afirmou que o objetivo da sua teoria do cuidar é prestar um cuidado culturalmente congruente.

O enfermeiro deve desenvolver estratégias que respondam às necessidades dos utentes. Liladar (1998), mencionado por Barradas, Rodrigues e Pereira (2009), refere que assim é necessário que os enfermeiros adquiram conhecimento sob a cultura dos utentes que cuidam, para prestarem cuidados adequados, e ainda, que o desenvolvimento desta competência é um processo lento, exigindo que o enfermeiro mude o seu modo de pensar e de atuar.

Para mim a Teoria de Leininger, da Diversidade e da Universalidade é o futuro da enfermagem, neste contexto político, social e económico que vivenciamos, a vinda de pessoas de outras culturas está a tornar-se um processo natural e com isto a enfermagem está a sofrer uma adaptação para que o cuidar seja eficiente e proficiente perante a saúde e a doença destes grupos multiculturais (Barradas, Rodrigues e Pereira, 2009).

Quando inicie o meu estágio na UCIN, foi muito interessante constatar que, práticas que estavam a ser introduzidas há 19 anos atrás, estão agora completamente interiorizadas e que a filosofia dos cuidados também foi alterada. O método Canguru, era bastante contestado pelos médicos, tinham muito receio que os cateteres se exteriorizassem... Realizávamos os posicionamentos o melhor que sabíamos, mas não existia o conhecimento dos benefícios desta estratégia, era feito de forma empírica. Atualmente, respeita-se o ritmo do prematuro (manipular o menos possível, proteger as incubadoras da luz, minimizar o ruído, prevenção da dor) que é tão importante para o seu desenvolvimento.

Mas há coisas que nunca mudam, que é o meu gosto por cuidar destes pequenos seres, que são verdadeiros heróis.

#### 4 - OUTRAS APRENDIZAGENS

Durante o meu estágio tive oportunidade, de fazer parte como formanda de uma ação de formação entre a UCIN do Hospital X e a UCIN Y, que teve início às 9h e terminou às 16 horas. Revelou-se bastante interessante para a minha aprendizagem, uma vez que, foram abordados temas que fazem parte dos cuidados ao RN na UCIN, tendo sempre como fio condutor e adequado desenvolvimento do RN. As temáticas foram: Cardiopatias congénitas – cuidados de enfermagem; Cuidados ao RN na cultura Hindu; Administração de Óxido Nítrico na UCIN; Posicionamento na UCIN; A prática na UCIN do HDE e na UCIN da MAC.

Esta formação permitiu-me sedimentar conhecimentos e poder aplicá-los durante o estágio, tendo constituído uma mais valia para poder capacitar os pais para estas estratégias.

#### 5 - CONCLUSÃO

Este estágio contribuiu para atingir as competências específicas do EEESIP: Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem. Foi estabelecido com o binómio criança/família uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade (OE, 2018).

E AINDA, através destas estratégias de cuidar o RN, foi necessário aplicar conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança (E2.2.1); foram aplicados conhecimentos e habilidades na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate à dor (E2.2.2., E2.2.3.), através do método Canguru e do posicionamento terapêutico demonstrei conhecimentos e habilidades em diferentes tipos de terapia (E2.4.2., E2.4.3.). O método Canguru também é promotor da vinculação efetiva, foi possível avaliar o desenvolvimento da parentalidade (E3.2.1., E3.2.4., E3.2.5., E3.2.6).

Com a sessão formativa que tive oportunidade de realizar para os pais da UCIN, pude demonstrar conhecimentos sobre as competências do RN para promover o comportamento interativo (E3.2.2.).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. K. A. & Meija, D. P. M. (n.d.). Os benefícios da estimulação motora em recém-nascidos na UTIN: exercícios e posicionamentos terapêuticos. Pós-Graduação em Fisioterapia Hospitalar – Faculdade Sul-Americana – FASAM. [file:///C:/Users/pj682/Desktop/UCIN68\\_-\\_Os\\_benefícios\\_da\\_estimulação\\_motora\\_em\\_recém-nascidos\\_na\\_UTI.pdf](file:///C:/Users/pj682/Desktop/UCIN68_-_Os_benefícios_da_estimulação_motora_em_recém-nascidos_na_UTI.pdf)
- Barradas, A. M. C. R., Rodrigues, J. P. V., & Pereira, M. A. – O cuidar multicultural como estratégia no futuro. Nursing. Sacavém. Dez (2009) 8-15.
- Brandão, M. A. G., Martins, J. S. A., Peixoto, M. A. P., Lopes, R. O. P., & Primo, C. C. (2017). REFLEXÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS PARA A CONSTRUÇÃO DE TEORIAS DE MÉDIO ALCANCE DE ENFERMAGEM. *Reflexão. Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(4): e 1420017. [http:// dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001420017](http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001420017).
- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba – Teoria do conforto. In Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed. pp. 481-495). Loures, Portugal: Lusociência.
- George, J. P. (2014). *Prematuros. Inquérito às políticas de saúde neonatal*. FUNDAÇÃO Francisco Manuel dos Santos. Lisboa, Portugal. ISBN: 978-989-8662-29-3.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-748-004-1.
- Lopes, M. S. O. (2012). *APOIAR NA PARENTALIDADE POSITIVA: ÁREAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde
- Marques, J. M. (2011). *Era uma vez um filho: a transição para uma nova realidade* (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.
- Monteiro, I. (2007). *SER MÃE HINDU. Práticas e Rituais Relativos à Maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração* (Tese de Mestrado). Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.). Lisboa, Portugal. ISBN 978-989-8000-37-8.
- Regulamento nº 422/18 de 12 de julho. (2018). *Diário da República nº 133/18, II Série. Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa, Portugal.
- Xavier, S. O., Nascimento, M. A. L., Badolati, M. E. M., Paiva, M. B. & Camargo, F. C. M. (2012). *ESTRATÉGIAS DE POSICIONAMENTO DO RECÉM-NASCIDO*

PREMATURO: REFLEXÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NEONATAL.  
Artigos de Revisão. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 dez; 20 (esp.2): 814-8.

Welch, A. Z. (2004). Madeleine Leininger – Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. In Toney, A. M., & Allgood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª ed. pp. 481-495). Loures, Portugal: Lusociência.



## **APÊNDICE IV**

### **SESSÃO FORMATIVA**

#### **“ESTIMULAR OS 5 SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO”**

**Dirigida aos Pais dos recém-nascidos, realizada na Unidade de Neonatologia**



## INDÍCE

	Página
1. Cartaz de divulgação da sessão .....	125
2. Planeamento da sessão .....	127
3. Diapositivos apresentados .....	129
4. Avaliação da sessão .....	139



## **SESSÃO FORMATIVA PARA OS PAIS**

**ESTIMULAR OS 5**

**SENTIDOS DO**

**RECÉM-NASCIDO**

Um caminho para o saudável  
desenvolvimento do seu filho



**DATA 09/11/2018 HORA: 16.45H**

**FORMADORA:  
Enf. Paula Jerônimo**

**LOCAL: Sala do Pais (UCIN)**



## 2 – PLANEAMENTO DA SESSÃO

Área de Gestão da Formação

### FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

**Tema: ESTIMULAR OS 5 SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO – Um caminho para o saudável desenvolvimento do seu filho**

**Local: Sala dos Pais (Neonatologia) Data: 09 /11 /2018 Hora: 16 h 45M**

**Objetivo geral:**

- > Capacitar os pais para promoverem o desenvolvimento do seu filho.

**Objetivos específicos:**

- > Sensibilizar os Pais para a estimulação dos 5 sentidos do RN
- > Capacitar os pais para a promoção da vinculação segura.
- > Capacitar os pais para a promoção da parentalidade positiva.



CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADORA
❖ Apresentação da formadora e dos formandos	Método Expositivo	Computador Slides/ <u>DataShow</u>	5 minutos	Paula Jerónimo
❖ Apresentação da temática, os 5 sentidos dos RN	↓	↓	40 minutos	
❖ Sumário				
❖ Objectivos				
❖ Enquadramento concetual			10 minutos	
❖ Vinculação e sua importância				
❖ Os 5 sentidos do RN e a sua promoção VISÃO AUDIÇÃO OLFATO E PALADAR TATO				
❖ Conclusão	Folheto			
❖ Questões/dúvidas ou troca de experiências				



### 3 - DIAPOSITIVOS APRESENTADOS



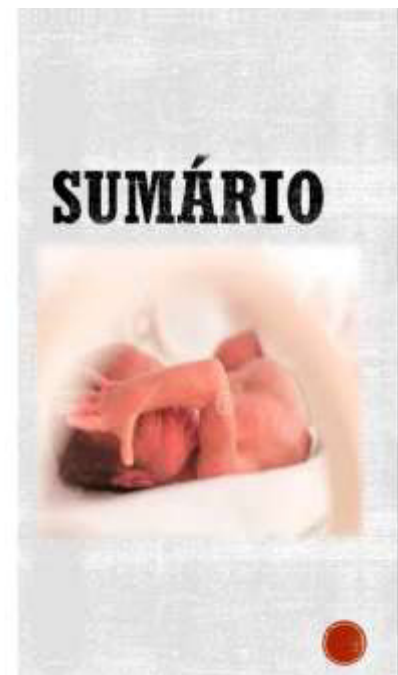
TRABALHO REALIZADO POR  
Paula Jerónimo



(Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica de Lisboa)

Zaida Charepe  
(Docente da Universidade Católica de Lisboa)

Objetivos	
Enquadramento concetual	
A importância da vinculação	
Os 5 sentidos dos RN	
Como estimular os 5 sentidos	
Partilhar experiências	





Capacitar os pais para a promoção dos 5 sentidos do seu filho



Promover a troca de experiências entre os pais que se encontram na UCIN

## OBJETIVOS

- O nascimento
- Capacidades do RN
- O RN na UCIN
- Vulnerabilidade do RN/Família

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL



• VINCULAÇÃO, O QUE É?

VINCULAÇÃO  
SEGURA

- Relação recíproca e duradoura entre o bebê e a figura de vinculação, em que cada um contribui para a qualidade da mesma (Papalia, Olds & Feldman, 2001)

**INDEPENDENTES**  
**SEGURAS**  
**SOCIÁVEIS**  
**EMPÁTICAS**  
**AUTO-CONFIANTES**  
**RESILIENTES**



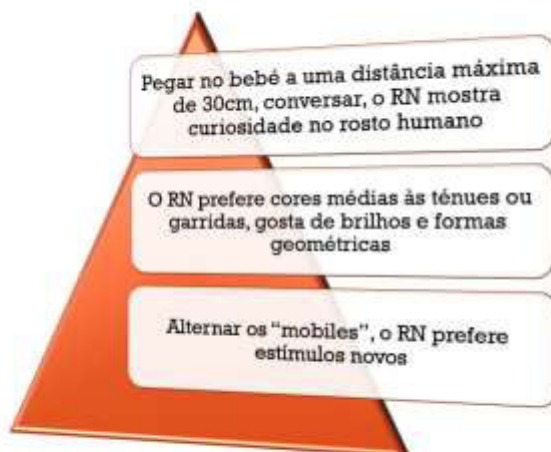
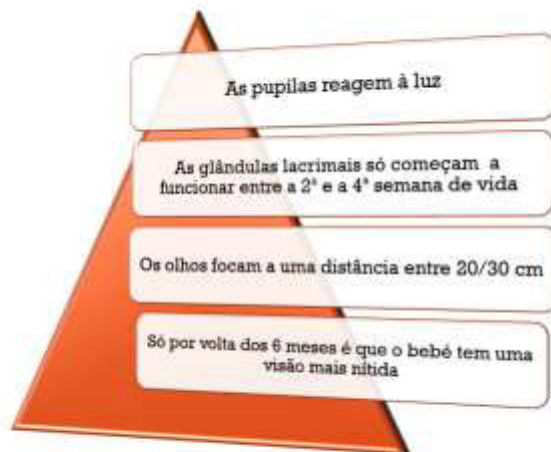
## A IMPORTÂNCIA DA VINCULAÇÃO



- *As funções sensoriais (5 sentidos) do recém-nascido (RN) estão consideravelmente bem desenvolvidas e têm um efeito significativo no crescimento e desenvolvimento, incluindo o processo de vinculação (Hockenberry & Wilson, 2014)*
- Os 5 sentidos do bebê – visão, audição, olfato, paladar tato – são as primeiras ferramentas que o recém-nascido usa para entender o ambiente ao seu redor.

## OS CINCO SENTIDOS DO RN







- Funciona antes do nascimento

- Gostam de sons suaves

- Distinguem a voz da mãe da de outras mulheres (3º dia de vida)

## AUDIÇÃO



- O primeiro colo é fundamental para o RN (batimentos cardíacos da mãe no período intra-uterino)

- Falar e cantar calmamente, sons estridentes desencadeiam estado de alerta

- Brinquedos com sons suaves

- Fazer elogios ao bebê – “o meu bebê é lindo!”

## AUDIÇÃO COMO ESTIMULAR



Desenvolve-se no útero, o paladar e o odor dos alimentos que a grávida ingere passam para o bebê através do líquido amniótico, o mesmo se passa após o nascimento com o leite materno

Bebês amamentados conseguem identificar o cheiro do leite das suas mães

A amamentação promove a vinculação

Prefere sabores doces a amargos

Sempre que possível amamentar (vantagens)

Colocar um "DoDo" com o cheiro da mãe/pai junto do bebê e ir alternando o lado, para que este vire a cabeça nesse sentido

Soluções doces ajudam a acalmar

## OLFATO E PALADAR



## OLFATO E PALADAR COMO ESTIMULAR



O RN percebe sensações em qualquer parte do corpo, embora a face (especialmente a boca), as mãos, e as plantas dos pés sejam mais sensíveis

Existe evidência científica de que o toque e o movimento são componentes essenciais para o processo de vinculação e para o normal crescimento e desenvolvimento

# TATO



Dar palmadinhas gentis no dorso do RN, acalma

Após o banho, fazer uma massagem, porque:  
**FACILITA A RELAÇÃO PAIS/FILHO**  
**PROMOVE AMOR, CARINHO, CONFORTO,**  
**CONFIANÇA, RESPEITO E CUMPLICIDADE**

# TATO

## COMO ESTIMULAR



## ▪ CONCLUSÃO

“Graças ao seu cérebro a desabrochar, mesmo o recém-nascido já é capaz de ter um sentido adequado daquilo que toca, vê, cheira, prova e ouve; a estimulação sensorial, pode, por sua vez, promover o rápido desenvolvimento do cérebro” (Papalia, Olds & Feldman, 2001:168)



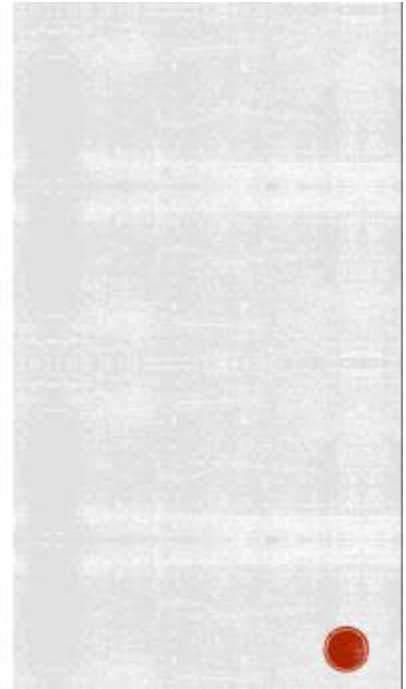
**Obrigada, pela atenção**



▪ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed.). Lusociência. ISBN: 978-989-748-004-1

-Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). O Mundo da Criança (8ª ed.). Editora McGraw-Hill de Portugal. ISBN: 972-773-069-8





## 4 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO



### AVALIAÇÃO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO "ESTIMULAR OS 5 SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO"

Esta atividade aconteceu no dia 9/11/2018, pelas 16.45H. Foi apresentada nas Sala dos Pais do Serviço de Neonatologia do Hospital X.

Este encontro foi baseado e adaptado (adaptado, porque não se tratava de um Grupo de Ajuda Mútua) na proposta de intervenção de Charepe (2014). Preparei o ambiente, de modo a todos ficarem sentados e confortáveis, o ambiente é acolhedor, tem exposto vários quadros com mensagens de esperança (dos pais que já passaram por esta Unidade). Comecei por me apresentar e solicitei aos pais que se apresentassem e dissessem o nome do seu filho, possibilitando o conhecimento entre os pais.

Assistiram a esta sessão 8 pais de crianças internadas na UCIN, quanto à avaliação que fizeram da sessão, resume-se a 4 questões. Este questionário foi elaborado por mim, uma vez que, no serviço não existia um que se adaptasse à sessão formativa para os pais. As respostas podem variar entre MUITO ADEQUADO, ADEQUADO, POUCO ADEQUADO E NADA ADEQUADO.

**1ª questão:** COMO AVALIA O TEMA APRESENTADO?

4 pais responderam MUITO ADEQUADO e

2 pais responderam ADEQUADO.



**2ª questão:** COMO AVALIA A METODOLOGIA UTILIZADA NA SESSÃO?

4 pais responderam MUITO ADEQUADO

1 pai/mãe respondeu ADEQUADO

1 pai/mãe respondeu POUCO ADEQUADO



Paula Jerónimo

**3ª questão:** COMO AVALIA A SESSÃO DE ACORDO COM AS SUAS EXPETATIVAS?

4 pais responderam MUITO ADEQUADO

1 pai/mãe respondeu POUCO ADEQUADO

1 pai/mãe não deu qualquer resposta



**4ª questão:** CONSIDERA ÚTIL A REALIZAÇÃO DESTE TIPO DE SESSÕES, EM CONTEXTO HOSPITALAR? PORQUÊ?

A esta questão todos responderam que SIM.



Relativamente ao "Porquê", houve 4 respostas:

1. "Para termos mais conhecimentos",
2. "Porque ajuda a conhecer melhor o RN e como interagir com ele",
3. "Ajuda na preparação dos pais para a ida do bebé para casa",
4. "Para aumentar os nossos conhecimentos".

No final da sessão, foi dado espaço para dúvidas ou partilha de experiências. Os pais não mostraram dúvidas, nem recetivos a partilhar experiências. Pelo que dei por terminada a sessão.

Pelo que observei da postura dos pais, estes mostraram-se preocupados com a situação dos seus filhos. Mesmo durante a sessão, apesar de eu colocar questões para tornar a ação mais interativa e não ser um monólogo, os pais raramente participaram.

Contudo, com base na avaliação realizada pelos pais da sessão formativa, posso concluir no geral que foi BOA e que os pais reconheceram que lhes foi útil.

Paula Jerónimo

No decorrer do turno, fui verificando que alguns pais já estavam a colocar em prática o que tinha sido transmitido na sessão formativa e aproveitei o momento para reforçar positivamente as ações realizadas pelo pais.

Esta sessão vai de encontro ao objetivo por mim traçado no início deste Projeto – "Promover as estratégias de enfermagem na promoção da Parentalidade Positiva, junto do RN/família". Os pais ao estimularem o seu filho no sentido do seu desenvolvimento, irão promover o vínculo seguro e conseqüentemente uma parentalidade positiva. Dando resposta a uma das unidades de competência do EEESIP – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social do RN.

Paula Jerónimo



**APÊNDICE V**  
**FOLHETO INFORMATIVO**  
**“ESTIMULAR OS 5 SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO**  
**Cedido aos pais dos recém-nascidos na Unidade de Neonatologia**



## E... mais

**TATO** - O RN percebe sensações táteis em qualquer parte do corpo, embora a face (especialmente a boca), as mãos e as plantas dos pés sejam mais sensíveis. Existe evidência de que o toque e o movimento são componentes essenciais para o processo de vinculação e para o normal crescimento e desenvolvimento.

### COMO ESTIMULAR O TATO DO RECÉM-NASCIDO

- Dar palmadas gentis na parte posterior do corpo e massajar o abdômen provoca uma resposta calma do bebê.
- Após o banho, fazer uma massagem, porque

O toque facilita o crescimento, o desenvolvimento, reduz o stress,

promove bem-estar e relaxamento,

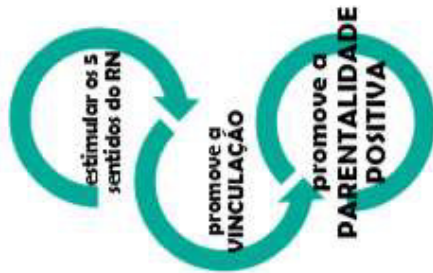
reduz alguns tipos de dor, **FACILITA A**

**RELAÇÃO PAIS/FILHO** e promove

**AMOR, CARINHO, CONFORTO,**

**CONFIANÇA, RESPEITO E**

**CUMPLICIDADE**



#### Referências bibliográficas

- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (3ª ed.). Lusociência. ISBN: 978-989-748-004-1
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). O Mundo da Criança (8ª ed.). Editora McGraw-Hill de Portugal. ISEIN: 972-773-069-8.

#### TRABALHO REALIZADO POR

Paula Jerónimo

(Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica de Lisboa)

Zaida Charepe

(Docente da Universidade Católica de Lisboa)



## ESTIMULAR OS 5 SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO

*Um caminho para o saudável desenvolvimento do seu filho!*

Outubro 2018



*As funções sensoriais (5 sentidos) do recém-nascido (RN) estão consideravelmente bem desenvolvidas e têm um efeito significativo no crescimento e desenvolvimento, incluindo o processo de vinculação*  
(Hockenberry & Wilson, 2014)

## O que são os 5 sentidos?

Os 5 sentidos do bebê – visão, audição, olfato, paladar tato – são as primeiras ferramentas que o recém-nascido usa para entender o ambiente ao seu redor.

**VISÃO** – É o sentido menos desenvolvido na altura do nascimento. O olho está estruturalmente incompleto. As pupilas reagem à luz, o reflexo de pestanejo responde a estímulos mínimos, as glândulas lacrimais só começam a funcionar entre a 2ª e a 4ª semanas de vida. Os olhos do RN focam melhor a uma distância de 30 cm, a distância típica entre o rosto do bebê e o da pessoa que lhe esteja a pegar ao colo. Só por volta dos 6 meses é que o bebê tem uma visão mais nítida.

### COMO ESTIMULAR A VISÃO DO RECÉM-NASCIDO

- Pegar o bebê de frente a uma distância máxima de 30 cm e conversar com ele, o RN demonstra curiosidade no rosto humano.
- O bebê prefere cores médias (amarelo, verde e rosa) a cores tênues ou garridas, gosta de brilho e de formas geométricas.
- Alternar os "móveis", porque o RN prefere estímulos novos a estímulos conhecidos.

**AUDIÇÃO** – Está funcional mesmo antes do nascimento; o feto responde a sons e parece aprender a reconhecê-los. Os RNs têm uma sensibilidade precoce ao som da voz humana. Bebês com menos de 3 dias podem distinguir a voz da mãe da voz de outras mulheres. A resposta do RN a sons de baixa frequência e alta frequência difere, os sons suaves, tal como o bater do coração, tendem a diminuir a atividade motora e o choro e os sons e os sons mais estridentes desencadeiam uma reação de alerta.

### COMO ESTIMULAR A AUDIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

- O primeiro colo é fundamental para o RN, para escutar os batimentos cardíacos da mãe, a que estava habituado no período intrauterino.
- Falar e cantar calmamente com o seu bebê.
- Utilizar brinquedos com sons suaves, que induz o sono.
- Fazer elogios ao bebê, como por exemplo "o meu bebê é muito lindo".



## Elogiar o bebê a cada conquista! Estimular um sentido de cada vez!

**OLFATO E PALADAR** – Começam a ser desenvolvidos no útero. O paladar e o odor dos alimentos que a grávida ingere são transmitidos ao feto através do líquido amniótico. Após o nascimento, uma transmissão idêntica ocorre através do leite materno. Os bebês amamentados conseguem identificar o leite das suas mães através do olfato e diferenciá-lo do de outra mulher. Muitos acreditam que o odor materno influencia o processo de vinculação. O RN prefere sabores doces a amargos, uma solução doce desencadeia a sucção com expressão de satisfação.

### COMO ESTIMULAR O OLFATO E O PALADAR DO RECÉM-NASCIDO

- Incentivar o aleitamento materno, quando possível.
- Colocar um DoDo com o cheiro da mãe/pai junto do bebê e ir alternando o local para que este direcione a cabeça nesse sentido.
- Quando possível colocar o bebê nos braços dos pais e em contato pele a pele.
- Soluções de dextrose, aero-om® ajudam a acalmar o bebê, no entanto não devem ser administradas ao bebê sem supervisão dos enfermeiros.

## **APÊNDICE VI**

### **CARTAZ INFORMATIVO**

#### **“ESTIMULAR OS 5 SENTIDOS DO RECÉM-NASCIDO”**

**Para ficar exposto na sala dos Pais da Unidade de Neonatologia**







## **APÊNDICE VII**

### **FOLHETO INFORMATIVO**

#### **“TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO”**

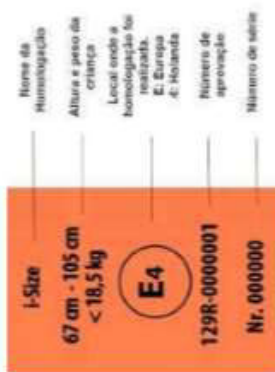
**Dirigido aos Pais dos recém-nascidos da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**





**O que devemos ter em conta quando escolhemos o sistema de retenção (SR/cadeira/cadeirinha) do bebé**

Possuir a etiqueta "E". Esta dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança. Na etiqueta "E" poderemos ver várias inscrições que fornecem informações importantes



Fonte: <https://cadeiraxauto.fundacionmapfre.org/infantis/regulamentos/i-size/>

**E mais...**

- A cadeira deve ser experimentada no automóvel para termos a certeza que o comprimento dos cintos é adequado.
- A cadeira deve ser leve e de fácil instalação e transporte.

(Quadro 1)

Grupo	Peso	Idade	Posição de Direção	Legislação nacional
0	até 10 kg	até 2 anos	V*	87 ou 87*
0+	até 13 kg	até 30,24 meses	V*	87 ou 87*
1	9-18 kg		V* ou V*	87
2	15-25 kg		V*	87
3	22-36 kg		V*	87
4	até 36 kg		V* ou V*	87 ou 87*

V\* - Utilizado para trás; V - Banco de frente; \* - de uso opcional; 87 - Utilizado para a frente; 87\* - Banco de trás.

Fonte: <https://www.spsocinologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-transporte-em-automovel-Como-levar-o-prematuro.pdf>

**A CRIANÇA DEVE VIAJAR VOLTADA PARA TRÁS, ATÉ QUANDO?**

Devemos manter esta posição, até o mais tarde possível, idealmente no banco de trás até aos 3 anos.

**MUITO IMPORTANTE**

A maioria dos sistemas de retenção não está preparado para RN com menos de 2.500kg. Ver imagens seguintes (Fonte: <https://www.dobuscocochetero.com.br/?ando-de-maternidade/>).



**APÊNDICE VIII**  
**DIÁRIO DE APRENDIZAGEM**  
**UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS**



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA  
PROFISSIONAL

Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Unidade Curricular – Enfermagem de Saúde Infantil

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM  
UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

Por

Paula Jerónimo

Sob a orientação de Zaida Charepe

Lisboa

Dezembro, 2018

<b>INDÍCE</b>	<b>pag.</b>
<b>0 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>1 - CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL .....</b>	<b>4</b>
1.1 - 1ª CONSULTA NO CENTRO DE SAÚDE .....	6
<b>2 - SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA (SNIPI) .....</b>	<b>9</b>
<b>3 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>11</b>

## DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

### 0 - INTRODUÇÃO

#### CENTRO DE SAÚDE, UM REPTO

Sendo Enfermeira há 25 anos sempre em meio Hospitalar e ter oportunidade de estagiar em Cuidados de Saúde Primários, significa "abrir horizontes". Estar noutra realidade bem diferente constitui um desafio profissional e pessoal, adquirir novas competências. Para tal, achei importante a realização de um diário de aprendizagem, para poder documentar as minhas atividades e aprendizagens, possibilitando-me uma reflexão crítica de cada situação.

Os cuidados de saúde primários (CSP), são os cuidados de saúde essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente idóneas e socialmente aceitáveis, tomadas universalmente acessíveis para os indivíduos e as famílias da comunidade através da sua participação integral, e a um custo acessível à comunidade e ao país. (ICN, 2008, p. 4).

Estes cuidados são orientados por 4 princípios, são eles:

1. Serviços de saúde equitativos e universalmente acessíveis.
2. Participação da comunidade na definição e implementação das agendas de saúde.
3. Abordagens intersectoriais à saúde.
4. Tecnologia apropriada (ICN, 2008, p. 4-5).

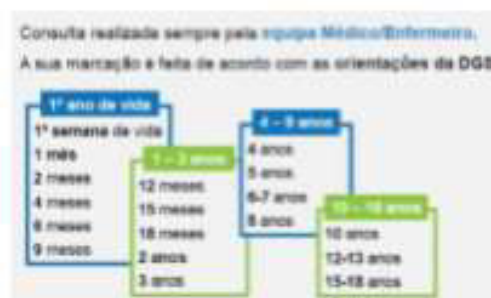
Englobada nos CSP, encontra-se a saúde infantil e juvenil, neste contexto (onde me encontro) o EEESIP tem um papel crucial, porque a situação das crianças no nosso país não é animadora. Nomeadamente, a diminuição da natalidade, o aumento dos acidentes infantis, aumento da negligência, aumento de doenças alérgicas, atraso no desenvolvimento e hábitos de vida menos saudáveis, esta tendência constitui um desafio difícil para os enfermeiros (OE, 2015). Perante esta realidade o EEESIP pode atuar em qualquer contexto onde se encontrem crianças e jovens que necessitem dos nossos cuidados visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado (OE, 2015).

Para contrariar esta tendência, foi importante a criação do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Este documento tem vindo a ser atualizado para melhor responder às necessidades da criança e do jovem.

Segundo a DGS (2013), a aplicação sistemática deste programa de vigilância de saúde tem vindo a revelar-se, nos diferentes tipos de instituições em que ocorre, um garante de cuidados de saúde adequados e eficazes, com a contribuição e o empenho de todos os que nela participam.

Este Programa é aplicado na consulta de Enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados onde estagiei, tendo em conta, a idade e o estadio de desenvolvimento da criança/jovem. Durante o meu estágio esta foi uma das atividades em que colaborei frequentemente. Uma grande parte destas consultas são planeadas, consoante a idade da criança.

A periodicidades destas consultas é a seguinte:



Fonte: <https://usf-beira-ria.webnode.pt/o-que-temos-para-oferecer/>

Todas estas idades representam um marco no desenvolvimento da criança, mas por considerar bastante importante, irei abordar a consulta da 1ª semana de vida – um caso verídico.

Além da observação que é realizado ao RN, também é de realçar, o apoio do enfermeiro aos pais na transição para a parentalidade.

## 1 - CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

RN Salvador (nome fictício) – 1ª filho

### Antecedentes:

Mãe 43 anos, Pai 45 anos

Gravidez vigiada de 37 semanas, atraso de crescimento intrauterino (ACIU), parto eutócico dia 2/11/2018.

Medidas antropométricas ao nascer: Peso – 2.310 Kg, Comprimento 45 cm e Perímetro cefálico – 32 cm. Podemos concluir que o Salvador é pequeno, segundo as Curvas de Crescimento adotadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, encontra-se a baixo do percentil 5)

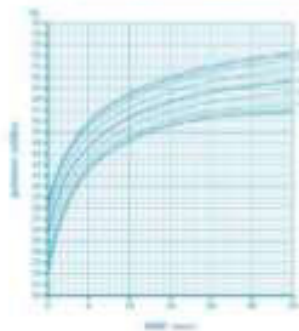
peso 0-24 meses



comprimento 0-24 meses



perímetro cefálico 0-24 meses



Índice de Apgar 9/10, ou seja, significa que não apresentou dificuldade na adaptação extrauterina (Hockenberry & Wilson, 2014).

O Salvador fez a vacina contra a hepatite B (VHB), segundo Plano Nacional de Vacinação e o Rastreamento Auditivo Neonatal Universal (RANU), para despiste precoce de surdez, pode ser realizado durante o primeiro mês de vida (DGS, 2017). Estes procedimentos foram realizados antes de sair da maternidade.

### 1.1 - 1ª CONSULTA NO CENTRO DE SAÚDE – 6/11/2018

Esta consulta, segundo o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), tem como objetivos (irei nomear os que foram adotados nesta consulta):

1. Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registrar no Boletim de Saúde.
2. Estimular comportamentos saudáveis, nomeadamente, no que diz respeito à alimentação (leite materno exclusivo, se possível).
3. Adoção de medidas de segurança (ex. transporte do RN).
4. Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar. Avaliar a preocupação dos pais e esclarece-los e antecipar algumas informações

Esta consulta foi realizada com o ambiente aquecido e numa bancada confortável.

➤ Nesta 1ª consulta foi pesado – 2,190 Kg, perdeu peso, como era esperado. Após o parto os bebés perdem fluidos armazenados. Podem perder até 20% do peso durante os primeiros 4/5 dias. A recuperação do peso só se verifica na segunda semana e na terceira já devem ter recuperado o peso total (Brazelton, 2010).

➤ O Salvador fez o Rastreamento de Doenças Metabólicas, mais conhecido pelo Teste do Pezinho, tem como objetivo primário o rastreio neonatal de doenças cujo tratamento precoce permita evitar, nas crianças rastreadas, atraso mental, situações de coma e alterações neurológicas ou metabólicas (Vilariño, Diogo & Pinho e Costa, 2017). Durante a consulta foi explicado aos pais todo o procedimento e para que serve. Houve o cuidado de prevenir a dor provocada pela picada no calcanhar, através do aleitamento materno.

➤ O RN faz leite materno (LM) e leite adaptado, cerca de 30ml de 3/3 horas. Reforçou-se a importância do LM e das suas vantagens. O aleitamento materno é a alimentação ideal para o RN, é um alimento vivo, completo e natural. A nível mundial foi consensual que a amamentação deveria ser exclusiva até aos 6 meses de idade

(<http://www.saude.reprodutiva.des.pt/aleitamento-materno.aspx>). Tivemos a oportunidade de observar o Salvador a mamar, verificou-se que não estava a fazer uma boa pega, pelo que a enfermeira deu uma ajuda para que o bebé conseguisse adaptar a sua boca à mama. Quando o RN não faz uma boa pega, não se alimenta bem e a produção do leite também fica comprometida.

➤ Foram observados os reflexos primários que se encontravam presentes, nomeadamente:

- Reflexo de Moro: com a criança apoiada provoca-se, subitamente, ligeira queda da cabeça (2.5cm) resultando em abdução dos membros superiores e abertura das mãos.
- Reflexo de sucção e procura (pontos cardeais): estimulando região peri-oral com os dedos observa-se direcionamento da boca / cabeça para o lado estimulado.
- Reflexo de preensão palmar, colocando o nosso dedo na mão do RN, observa-se que ele o segura.
- Reflexo da marcha automática, quando os pés estão apoiados numa superfície firme, observa-se o RN dar uns passinhos, simulando a marcha (Hockenberry & Wilson, 2014).

➤ Foi observada a permeabilidade das fontanelas, que se encontravam normotensas, ou seja, a criança não estava desidratada, nem apresentava pressão intracraniana aumentada.

➤ O coto umbilical encontrava-se em cicatrização, feita limpeza com soro fisiológico, como é recomendado nesta situação. o método "dry care" nos cuidados ao coto umbilical do RN nos países desenvolvidos, é considerado uma boa prática dos cuidados de enfermagem (Luís, Costa & Casteleiro, 2014).

➤ O RN encontrava-se ligeiramente icterício, esta situação decorre do facto da função hepática ainda se encontrar imatura, acrescida do aumento da bilirrubina relacionada com a hemólise dos eritrócitos. Estamos perante uma icterícia fisiológica que irá resolver-se com o aumento da frequência da alimentação (Hockenberry & Wilson, 2014).

Além da observação ao Salvador, também foi perceptível a relação interpessoal que os pais mantinham com o filho, sempre atentos aos sinais do Salvador. Não mostraram dificuldades nos cuidados ao RN. A comunicação entre os pais e os profissionais de saúde é uma alavanca para os pais ganharem confiança e colocarem as suas dúvidas e inquietações. Brazelton (2010), refere que se conseguir estabelecer uma relação de confiança com os (futuros) pais, mais tarde eles terão uma maior facilidade em partilhar quaisquer problemas.

Como cuidados antecipatórios, foram abordados os que estão preconizados no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, para esta idade:

1. Promover a manutenção do aleitamento materno
2. Decúbito dorsal, como posição para estar deitado
3. Posição quando acordado - decúbito ventral/colo.
4. Sintomas ou sinais que justificam recorrer aos serviços de saúde (recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cor "acinzentada", entre outros).
5. Segurança, nomeadamente, o sistema de retenção – o transporte do RN. Porque as cadeiras de transporte não têm em conta bebés com menos de 2500 gr. Para o bebé viajar em segurança é necessário criar condições para o RN se encontrar bem ajustado à cadeira. Feito ensino aos pais e feita demonstração prática, uma vez que o Salvador não vinha bem posicionado na cadeirinha de transporte.

Estes cuidados antecipatórios vêm apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar.

Esta primeira consulta também tem como objetivo marcar a consulta com o médico, caso a família, não tenha pediatra particular. Saber da elegibilidade para a vacina BCG, uma vez que deixou de fazer parte o PNV, para tal é feito um inquérito online, que nos informa da elegibilidade. Neste caso não era elegível, porque:

1. Não ia sair do país
2. Não havia ninguém na família com história de tuberculose
3. Não havia ninguém na família que estivesse preso
4. Não havia ninguém na família com problemas de consumos (DGS, 2018).

Uma vez que o Pequeno Salvador estava com baixo peso (criança cujo peso ao nascer é inferior a 2500g, independentemente da idade gestacional) (Hockenberry & Wilson, 2014), foi necessário marcar nova consulta de enfermagem para ver a evolução e também para avaliar a icterícia.

Nas restantes consultas (que foram 4), - a icterícia tinha desaparecido e houve sempre uma boa evolução estado-ponderal. Medidas antropométricas no dia 5/12 - peso – 3080g, comprimento – 48,5cm, perímetro cefálico – 35cm. E também verifiquei que o Salvador vinha na sua cadeirinha com o sistema de retenção bem posicionado, pelo que elogiei os Pais e eles agradeceram, estavam orgulhosos do seu trabalho!

O EEESIP tem um papel de destaque nesta consulta, é um elemento facilitador no processo da parentalidade e no desenvolvimento saudável da criança e do jovem. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015), refere que os cuidados de enfermagem

*Tem por finalidade a promoção das competências da criança/jovem, emergindo a este nível como axiomas empíricos, a maximização e potenciação da saúde; a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios; a promoção da vinculação; a promoção da autoestima e autodeterminação do jovem com especial destaque para as escolhas relativas ao seu projeto de saúde; o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção.*

Como futura EEESIP, além de aprender o que está preconizado no Plano Nacional de Saúde da Criança e do Jovem e ter adquirido várias competências, pude observar por parte das Enfermeiras, uma componente humana digna de registo, traduzida por disponibilidade, empatia, simpatia e resolução de problemas. Era frequente ouvir: "Se tiver dúvidas, telefone ou venha ter connosco – nós estamos aqui para isso." Ou quando os pais vinham à 1ª consulta com o RN, dan-lhes os Parabéns pelo bebé. É bom trabalhar assim!

## 2 - SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA (SNIPI)

Através da Enfermeira Orientadora, tive oportunidade de estar em contato com uma Fisioterapeuta que faz parte do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Apesar de não ser um encontro planeado, achei importante a realização de uma entrevista informal, não estruturada. Esta entrevista teve lugar na sala da Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa (Regulamento 351/2015). Também no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), refere a importância de detetar e encaminhar precocemente situações que possam comprometer a vida da criança e do jovem. Acrescenta ainda, que as crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar

de programas de intervenção precoce, através do SNIPI, criado pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro (<http://dre.pt/pdf1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>).

#### **O que é o SNIPI?**

O SNIPI consiste num conjunto organizado de entidades institucionais com a missão de garantir de forma integrada a Intervenção Precoce na Infância (IPI).

#### **Quem coordena o SNIPI?**

É coordenada por 3 Ministérios (Ministério da Solidariedade e Segurança Social, Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Ciência), conjuntamente com o envolvimento das famílias e da comunidade.

#### **Todas as crianças podem beneficiar deste programa?**

Não. O SNIPI abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.

#### **Como é que a criança pode entrar neste sistema?**

Através de uma referenciação, que pode ser feita por qualquer pessoa que contacte com a criança, os pais, os profissionais de saúde, os professores. Essa referenciação irá ser analisada, seguidamente é realizada uma visita domiciliária para saber se existe elegibilidade. Caso exista é feito um plano de cuidados.

#### **Quem faz o plano de cuidados?**

O Plano Individual de Intervenção Precoce é elaborado pelas Equipas Locais de Intervenção (ELI). Estas equipas são multidisciplinares (enfermeira, terapeutas, psicólogos, assistentes sociais) e representam todos os serviços que são chamados a intervir, com identificação de um técnico responsável por cada situação.

Agradeço a disponibilidade e simpatia da Fisioterapeuta que faz parte da ELI.

### 3 - CONCLUSÃO

Ao colaborar nas consultas de saúde infantil, contribuiu para atingir as competências específicas do EEESIP: Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem. Foi estabelecido com o binómio criança/família uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade (OE, 2018).

A entrevista que realizei à Fisioterapeuta do SNIPI, foi para mim um grande contributo, para poder ganhar competências ao nível da gestão dos cuidados. Como futura EEESIP é fundamental conhecer os recursos existentes na comunidade para dar apoio à criança/jovem e família e poder contribuir para a maximização da saúde. Como está delineado nas competências do EEESIP no ponto E1.1. "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem" (OE, 2018).

Este estágio constituiu um desafio para mim, por ser uma realidade desconhecida. Contudo consegui alcançar os meus objetivos e ter uma visão geral da saúde infantil nos cuidados de saúde primários.

### 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brazelton, T. B., (2010). O grande livro da criança, o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. Editorial Presença. Lisboa. ISBN 978-972-23-1930-0

Conselho Internacional de Enfermeiros (2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. Genebra, Suíça. ISBN 978-972-99646-7-1. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Wit\\_DIE\\_2008.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Wit_DIE_2008.pdf)

Direção Geral de Saúde (2013). Saúde Infantil e Juvenil – Programa Nacional. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Direção Geral de Saúde (2017). Rastreio e tratamento da surdez com implantes cocleares em idade pediátrica. Norma 018/2015, atualizada a 14/07/2017. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Direção Geral de Saúde (2018). Identificação de crianças de risco para vacinação com a vacina BCG. Norma 010/2018. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-748-004-1.

Luis, S. P. D., Costa, M. G. F. A., & Casteleiro, C. S. C. (2014). Boas práticas nos cuidados ao coto umbilical: um estudo de revisão. Millennium, 47 (jun/dez), Pp 33-46.

Regulamento nº 351/2015 de 22 de junho. (2015). Diário da República nº 119/2015, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Vilarinho, L., Diogo, L., & Pinho e Costa, P. (2017). Programa Nacional de Diagnóstico Precoce: relatório 2016. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Lisboa, Portugal.

**APÊNDICE IX**  
**SESSÃO FORMATIVA**  
**“COMO PROMOVER A PARENTALIDADE POSITIVA NOS**  
**CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS”**

**Dirigida aos enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**




## INDÍCE

	Página
1. Cartaz de divulgação da sessão .....	173
2. Planeamento da sessão .....	175
3. Diapositivos apresentados .....	177
4. Avaliação da sessão .....	187




# 1 – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO



**Área de Gestão da Formação**

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**COMO PROMOVER A  
PARENTALIDADE  
POSITIVA NOS  
CUIDADOS DE SAÚDE  
PRIMÁRIOS**



**DATA:** 12/12/2018      **HORA:** 11.30H

**FORMADORA:** Paula Jerónimo  
(Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem,  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da  
Universidade Católica de Lisboa)

**LOCAL:** Sala de Saúde Infantil



## 2 – PLANEAMENTO DA SESSÃO



### FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

**Tema: COMO PROMOVER A PARENTALIDADE POSITIVA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

**Local: Sala de Saúde Infantil da UCSP**

**Data: 12/12/2018 Hora: 11h30**

**Objetivo geral:**

- > Consciencializar os Enfermeiros para a promoção da Parentalidade Positiva.

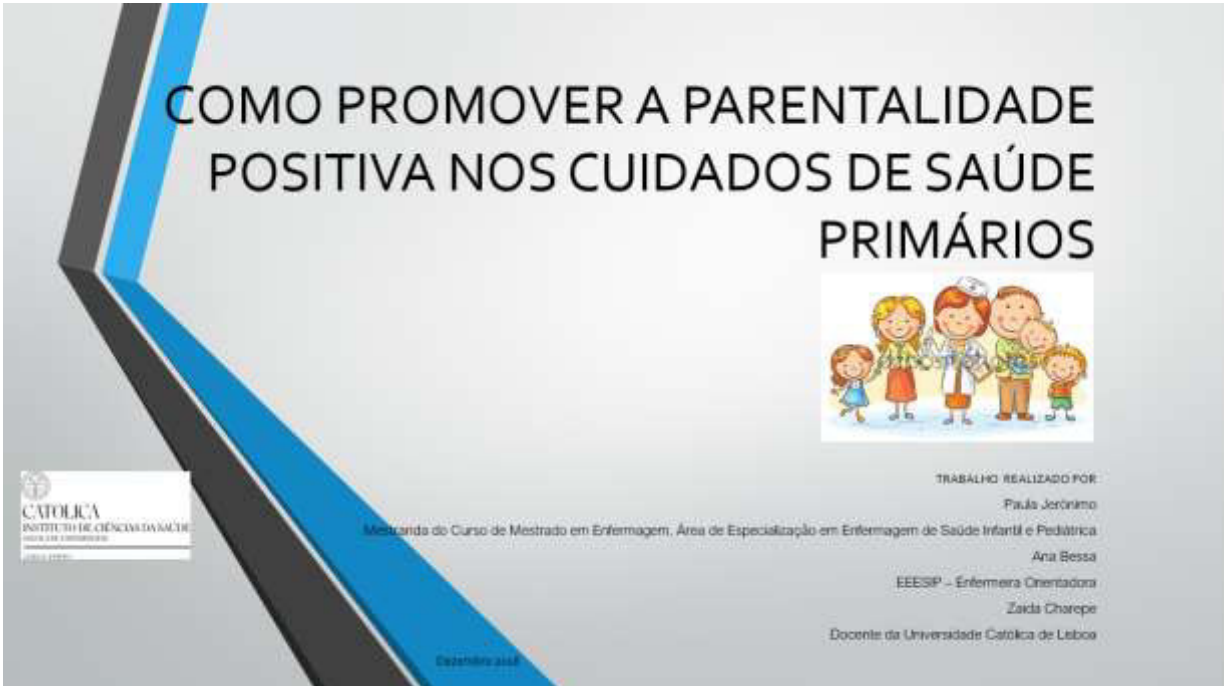
**Objetivos específicos:**

- > Apoiar o desenvolvimento da função parental funcionando como equipa.
- > Promover o bem-estar familiar.


CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADORA
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Apresentação da formadora e dos formandos</li> </ul>	Método Expositivo	Computador Slides/DataShow	5 minutos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Apresentação da temática,</li> <li>❖ Sumário</li> <li>❖ Objetivos</li> <li>❖ Enquadramento conceptual</li> <li>❖ Definição de Parentalidade e parentalidade positiva</li> <li>❖ O que promove a parentalidade positiva</li> <li>❖ Paternidade/maternidade comprometida</li> <li>❖ Novas configurações familiares – Homoparentalidade</li> <li>❖ Cuidados antecipatórios um caminho para a parentalidade positiva</li> <li>❖ Conclusão</li> </ul>	↓	↓	35 minutos	Paula Jerónimo
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Questões/dúvidas ou troca de experiências</li> </ul>		Disponibilizado: - Estratégia do Conselho de Europa sobre os Direitos de Criança 2016-2021 - Folheto do Conselho de Europa sobre Parentalidade Positiva	5 minutos	



### 3 – DIAPOSITIVOS APRESENTADOS



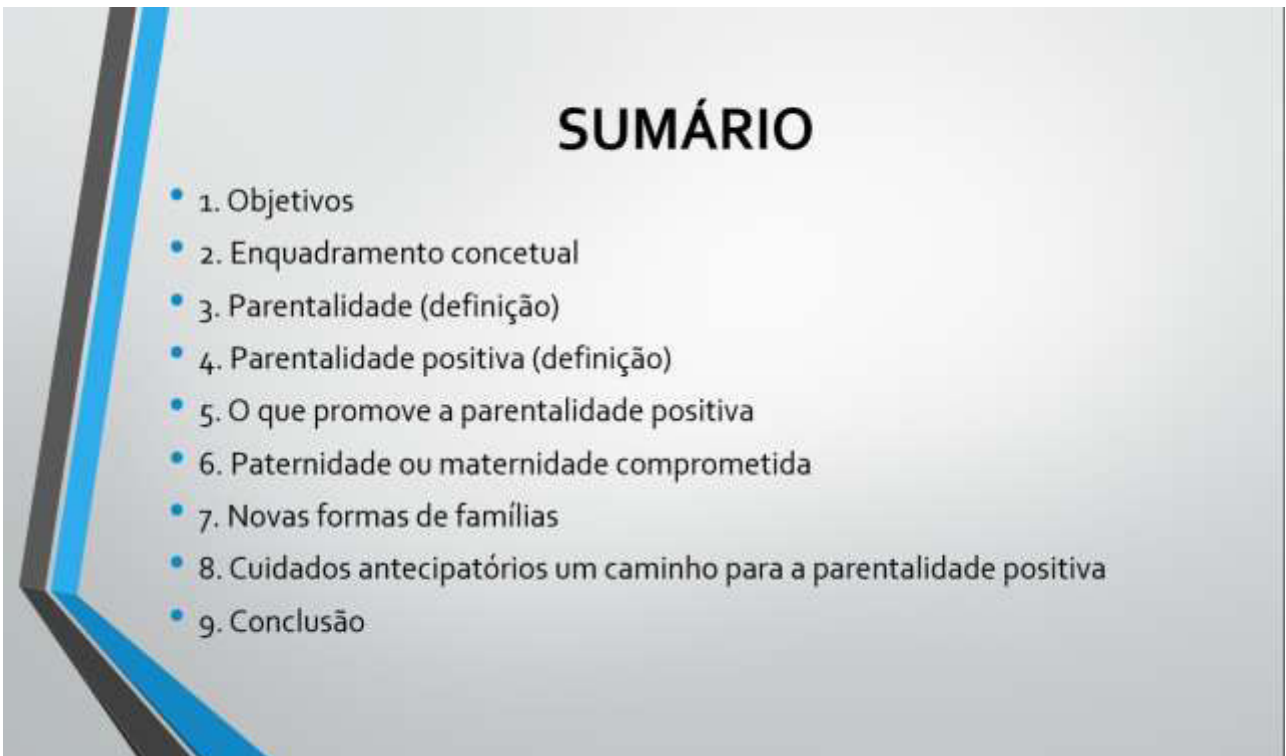
# COMO PROMOVER A PARENTALIDADE POSITIVA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS



TRABALHO REALIZADO POR:  
Paulo Jerónimo  
Ana Bessa  
EEESP – Enfermeira Orientadora  
Zaida Charope  
Docente da Universidade Católica de Lisboa

**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE LISBOA

2020



## SUMÁRIO

- 1. Objetivos
- 2. Enquadramento concetual
- 3. Parentalidade (definição)
- 4. Parentalidade positiva (definição)
- 5. O que promove a parentalidade positiva
- 6. Paternidade ou maternidade comprometida
- 7. Novas formas de famílias
- 8. Cuidados antecipatórios um caminho para a parentalidade positiva
- 9. Conclusão

## OBJETIVOS

Apoiar o desenvolvimento da função parental funcionando como equipa

Promover o bem-estar familiar

## ENQUADRAMENTO CONCRETUAL

- A **parentalidade positiva** surgiu com base na psicologia positiva – Seligman e Csikszentmihalyi (Pacico & Bastianello, n.d.)
- CONSELHO DA EUROPA 2006
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (REGULAMENTO N.º 351/2015)
- Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil



## PARENTALIDADE

- **"TOMAR CONTA:** Assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados" (CIPE, 2015)

## PARENTALIDADE POSITIVA

- "O comportamento dos pais fundamentado no superior interesse da criança, que cuida, desenvolve as suas capacidades, não é violento e oferece reconhecimento e orientação, e que inclui o estabelecimento de limites que permitem um desenvolvimento pleno da criança"

(Council of Europe, 2006, p.3)

# O QUE PROMOVE A PARENTALIDADE POSITIVA



PREVINE MAUS TRATOS INFANTIS

Resiliência

Aumenta a autoestima e segurança afetiva da criança

Vinculação

Facilita o desenvolvimento integral da criança

OS MELHORES INTERESSES DA CRIANÇA

Lopes e Dixe (2012); Lopes, Catarino, e Dixe (2010)



## Paternidade ou Maternidade Comprometida

❖ Capacidade Parental (CIPE, 2005)



## NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES



Fonte: <http://colegiocajamaenews.blogspot.com/2011/03/homoparentalidade.html>

"A FAMÍLIA compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/ jovem exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento"  
(Regulamento nº351/2015)

## NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES-HOMOPARENTALIDADE

"Estudos demonstram que é a capacidade de cuidar e a qualidade do relacionamento com os filhos, o determinante de boa parentalidade, e não a orientação sexual "(Zembrano, 2006)

"... as competências parentais não diferem em função da orientação sexual das pessoas e que as crianças educadas por lésbicas e gays apresentam um desenvolvimento psicossocial semelhante ao dos filhos de pais heterossexuais" (Gato, Freitas & Fontaine, 2010)



Fonte: [http://www.clipartia.com/clipart\\_inspirações/familia-diversa/](http://www.clipartia.com/clipart_inspirações/familia-diversa/)



Fonte: <http://clipartsonline.com/>

## Cuidados Antecipatórios um caminho para a Parentalidade Positiva

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS	1.ª CONS.	1 MÊS	2 MÊSES	4 MÊSES	6 MESES	9 MESES
Alimentação	1	1	1, 12	1, 12, 14	1, 12, 14	
Vitamina D*						
Saúde Oral					4	4
Higiene						
Posição de deitar	2					
Hábitos de sono		7, 8	8	15	15	15
Hábitos intestinais e cólicas		9	9			
Desenvolvimento**	3, 4	4	4	4	4	4
Acidentes segurança	4	4	4	4	4	4
Temperatura normal e febre						
Sinais/síntomas de alerta	5			10	10	
Sinais/síntomas comuns		10				
Vacinação vantagens e reacções						
Outros				15, 16	15, 16	15
Relação emocional	6	11	11	4	4, 17	4, 18, 19

- Promover a manutenção do aleitamento materno até (pelo menos) aos 6 meses (DGS);
- Decúbito dorsal;
- Posição quando acordado – DV/colo;
- Ler com os pais o BSUJ entre actual e a próxima consulta;
- Sinais e sintomas de alerta para recorrer aos serviços de saúde;
- Averiguar dificuldades do principal cuidador;
- Ritmo circadiano (dia/noite);
- O ritual p/ adormecer deve ser feito pelo principal cuidador, sem recurso a aparelhos electrónicos;
- Esclarecimento: obstipação e cólicas;
- Como proceder face ao choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre;
- Avaliação do desenvolvimento;
- Diversificação alimentar deve ocorrer até aos 6 meses; manter leite materno e no caso de impedimento, leite para lactentes até aos 12 meses;
- No ritual de adormecimento deve ir-se diminuindo, progressivamente, o colo (contacto físico) por outras modalidades interativas como o toque e a voz;
- Orientar a conciliação do aleitamento materno com atividade profissional;
- Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores;
- Escolha de brinquedos que promovam a manipulação e interação com pais/cuidadores;
- Reação ao estranho;
- Cama e quarto próprios;
- Estimular o compreensão da linguagem – associação da mesma palavra a objetos ou conceitos simples;

PNSIJ, 2013

## Cuidados Antecipatórios um caminho para a Parentalidade Positiva

1- 3 ANOS

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS	12 MESES	15 MESES	18 MESES	2 ANOS	3 ANOS
Alimentação	1	8	8	8	3, 8
Saúde oral	2, 3	2, 3	2, 3, 11	2, 3, 16	2, 3
Desenvolvimento*	4	4	4	4, 11	3
Comportamento, relação/ Perturbações	3, 5, 6	3, 5, 9, 10	5, 3, 9, 12, 13	3, 9, 17	3, 17, 18, 19, 20
Acidentes e segurança	3	3	3, 14	3	3
Calçado	3	3			
Estilos de vida saudáveis	7	7	15	15	15
Controlo de estímulos				3	

- Referir a anorexia fisiológica do 2º ano de vida;
- A escovagem dos dentes deve ser efetuada 2 vezes por dia;
- Ler com os pais as informações que estão no BSUJ entre a consulta actual e a próxima;
- Estimular a linguagem, compreensiva e expressiva, através de conversas, canções, livros, "anúncios", entre outros;
- Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais;
- Reforço positivo da capacidade exploratória do bebé;
- Brincar, passear, dormir;
- Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras;
- Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos;
- Promover equilíbrio entre a necessidade de autonomia e a continuidade da proteção do bebé;
- Desmame do biberão e do leite ao adormecer; estimular outro ritual de adormecimento;
- Aprendizagem de regras e rotinas na vida diária;
- O cuidador deve assegurar o cumprimento de regras e de limites comportamentais, sem cedência a "chantagens";
- Orientação da DGS sobre "Transporte de crianças em automóvel";
- Brincar, desenhar, hábitos de televisão e vídeos, ritual de adormecer;
- Desmame da chupeta;
- Conversar sobre o infante (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação Saúde Escolar;
- Negativismo, birras, ciúmes, rivalidade; relacionamento com outras crianças;
- Sexualidade (reconhecimento das diferenças e semelhanças entre sexos), equidade de género;
- Medos e terrores noturnos;

PNSIJ, 2013

## Cuidados Antecipatórios um caminho para a Parentalidade Positiva

4- 9 ANOS

### CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	4 ANOS	5 ANOS	6-7 ANOS	8 ANOS
Alimentação		8	8	8
Saúde oral	1	1	1, 13	1, 14
Infantário/Escola	2, 3	9, 3	3	3
Desenvolvimento*	4, 5	5	5	5
Relação emocional/comportamento (perturbações)	1, 6	1, 6, 10	1, 5, 10	1, 5, 10
Acidentes e segurança	1	11	11	11
Actividades desportivas e culturais - tempo livre	1	1	1	1
Hábitos de sono	7	12	12	12

1. Ler com os pais as indicações no BSIJ.
2. Adaptação ao infantário.
3. Conversar sobre o infantário ou a escola (adaptação e socialização), valorizar opinião de outros técnicos – ligação à Saúde Escolar.
4. Estimular a percepção da lateralidade.
5. Estimular criatividade e hábitos de leitura, racionalizar hábitos de televisão /computador.
6. Ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos de vida.
7. Enurese noturna – um grande grupo de crianças ainda não tem controlo noturno de esfínteres.
8. Reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã - ver BSIJ.
9. Preparação da entrada para a escola, adaptação ao meio escolar e prevenção do insucesso escolar, postura correta.
10. Competitividade, prazer em jogos de regras.
11. Caminho para a escola, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras.
12. Horas de sono adequadas à idade, valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta.
13. Aos 7 anos a criança receberá, na escola (ensino público e instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)), um cheque dentista ou um documento de referência para a consulta de saúde oral.
14. Introduzir a utilização de fio dentário.

PNSIJ, 2013

## Cuidados Antecipatórios um caminho para a Parentalidade Positiva

10- 18 ANOS

### CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	10 ANOS	12-13 ANOS	15-18 ANOS
Puberdade*	1	1	1
Alimentação	2	2	2
Atividade física	3	3	3
Hábitos de sono	4	4	4
Saúde oral	5	5, 14	5
Escola	6	6	6, 18
Família	7	7	7
Amizades	8	8	8
Tempos livres	9	9	9
Cidadania	10	10	10
Sexualidade	11	15	19
Segurança e acidentes	12	16	16
Contatos sociais, riscos	13	13	13
Violência e mau trato**		17	17

1. Puberdade normal e variantes. Puberdade precoce e atraso pubertário.
2. Diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade; regimes restritivos.
3. Tipo, frequência, intensidade e segurança e desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes, vigorexia.
4. Quantidade, qualidade, ritmo, higiene do sono.
5. Promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário.
6. Ano de escolaridade, bem-estar, projetos, bullying e cyberbullying.
7. Dinâmica familiar, adultos de referência.
8. Socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença.
9. Sedentarismo, hábitos de televisão/computador/novas tecnologias.
10. Direitos humanos, desigualdades de género, ambiente, cultura de segurança - consultar <http://www.ci.gov.pt/giaac/educacao/>
11. Puberdade, socialização e género - consultar <http://www.ci.gov.pt/giaac/educacao/>
12. Acidentes domésticos e segurança rodoviária.
13. Álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes.
14. Aos 10 e 13 anos o/a adolescente irá receber na escola um cheque-dentista ou um documento de referência para a consulta de higiene oral (ensino público e IPSS) (ver Texto de apoio 3).
15. Autodeterminação sexual, género, relações íntimas, comportamentos sexuais, contraceção.
16. Segurança rodoviária, atividades de lazer, atividades recreativas noturnas, desportos, em particular os desportos radicais e mergulho.
17. Violência no namoro.
18. Falar do trabalho: mobbing (assédio moral), assédio sexual.
19. Contraceção, género, relações dialécticas e violência no namoro (conjugal).

PNSIJ, 2013

## CONCLUSÃO

PNSIJ, 2012

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil valoriza os cuidados antecipatórios para a promoção da saúde e prevenção da doença, capacitando os pais para uma parentalidade mais eficaz.

OE, 2018

EEESIP avalia e promove o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem com orientação antecipatória às famílias.

PNSIJ, 2012

Capacitação dos pais para melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade.

Superior interesse da criança/jovem

PARENTALIDADE  
POSITIVA

## CONCLUSÃO

Sendo a PARENTALIDADE COMPROMETIDA um DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM nós enfermeiros estamos numa posição privilegiada para INTERVIR e apoiar os pais na transição para a PARENTALIDADE POSITIVA.

No exercício da **parentalidade positiva** a criança é o cliente da atenção, com direitos, características positivas e potencialidades a desenvolver. O apoio aos pais deve ser direcionado para um comportamento parental positivo e para o conhecimento e compreensão de assuntos que possibilitem os melhores resultados na criança (Lopes, Catarino & Dixe, 2010).

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). CIPE®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (edição portuguesa). Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-35-6
- Direção Geral da Saúde. (2013) Saúde Infantil e Juvenil – Programa Nacional. Ministério da Saúde.
- Gato, J., Freitas, D., & Fontaine, A. M. (2010). Atitudes relativamente à homoparentalidade de futuros/as intervenientes na rede social. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=50874-20492012000100005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50874-20492012000100005)
- Lopes, M. S.O. C., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. Referência, III Série, nº1, p. 109-118
- Lopes, M. S.O. C., & Dixe, M. A. C. R. (2012). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até aos 3 anos: construção e validação de escalas de medida. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Pacico, J. C. & Bastianello, R. M. (n.d.). As origens da psicologia positiva e os primeiros estudos brasileiros. Avaliação em Psicologia. Recuperado de [https://www.larpsi.com.br/media/mconnect\\_uploadfiles/c/a/cap\\_01\\_1\\_.pdf](https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01_1_.pdf)
- Regulamento nº 351/2015 de 22 de junho. (2015). Diário da República nº 119/2015, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Portugal
- Zambrano, E. (2006). Parentalidades "Impensáveis": Pais/Mães Homossexuais, Travestis e Transexuais. Horizontes Antropológicos. Porto Alegre, ano 12, nº26, p.123-147.



Fonte: [https://www.google.pt/search?q=DUVIDAS+PERGUNTA&source=ms&rlz=1c18ca-18&ved=1ahUKEw\\_j7w-8Hoc2ArUgMAwYhVcBQc\\_AU0g68&w=1338&h=1598#imgcr=1&imgd=8PeAM](https://www.google.pt/search?q=DUVIDAS+PERGUNTA&source=ms&rlz=1c18ca-18&ved=1ahUKEw_j7w-8Hoc2ArUgMAwYhVcBQc_AU0g68&w=1338&h=1598#imgcr=1&imgd=8PeAM)

**OBRIGADA**



## 4 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO



### **AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS DO CENTRO DE SAÚDE, INTITULADA "COMO PROMOVER A PARENTALIDADE POSITIVA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS"**

Esta atividade teve por base o diagnóstico da situação e a minha temática. Através de conversas informais, as enfermeiras sentiram necessidade de atualização de conhecimentos, solicitando-me que fizesse referência às novas configurações familiares.

Esta sessão foi realizada no dia 12/12/2018, pelas 11h40m (dez minutos mais tarde que o planeado, pois os formandos estavam no seu local de trabalho e era prioritário atender as crianças/pais). Demorou aproximadamente 45 minutos e teve lugar na sala da consulta de saúde infantil do centro de saúde. Antecipadamente a sala foi preparada com cadeiras e o computador, de modo a que todos ficassem confortáveis e visualizassem os slides.

Assistiram a esta minha atividade, 1 aluno do 2º ano do Curso Superior de Enfermagem e 7 enfermeiras (saúde infantil, vacinação, saúde escolar e Projeto Famílias com menores em risco). A avaliação da sessão foi realizada através de documento que adaptei do existente do meu local de trabalho. Importa ressaltar, que esta avaliação foi feita por 7 pessoas, sendo o número de presenças 8.

Este documento é constituído por 2 grupos de questões. O primeiro (11 questões), passa por uma avaliação global da sessão e a classificação vai desde DISCORDA TOTALMENTE até CONCORDA TOTALMENTE. E o segundo grupo (8 questões), avalia o formador e a sua metodologia, a avaliação vai de 1 a 4, sendo 1- INSUFICIENTE, 2- SUFICIENTE, 3- BOM e 4- MUITO BOM. E ainda tem um item para comentários e sugestões.

Passando então à avaliação:

#### 1º grupo de questões – Avaliação Global da Sessão

**1ª questão – As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas?**

5 respostas – CONCORDO TOTALMENTE

2 respostas – CONCORDO

**2ª questão – Os objetivos da formação foram atingidos?**

5 respostas – CONCORDO TOTALMENTE

2 respostas – CONCORDO

**3ª questão – Para a sua atividade profissional a formação foi útil?**

5 respostas – CONCORDO TOTALMENTE

2 respostas – CONCORDO

**4ª questão – Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos?**

4 respostas – CONCORDA TOTALMENTE

3 respostas – CONCORDA

**5ª questão – A teoria foi relacionada com a prática?**

5 respostas – CONCORDA TOTALMENTE

2 respostas – CONCORDA

**6ª questão – A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico?**

5 respostas – CONCORDA TOTALMENTE

2 respostas – CONCORDA

**7ª questão – Foram abordados todos os pontos que considerou importantes?**

5 respostas – CONCORDA TOTALMENTE

2 respostas – CONCORDA

**8ª questão – A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade?**

Para esta questão, foi disponibilizado "Estratégia do Conselho da Europa sobre os Direitos da Criança 2016-2021" e um folheto disponibilizado pelo Conselho da Europa sobre "Parentalidade Positiva".

4 respostas – CONCORDA TOTALMENTE

3 respostas – CONCORDA

**9ª questão – Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida?**

4 respostas – CONCORDA TOTALMENTE

3 respostas – CONCORDA

**10ª questão – A duração da formação foi adequada?**

5 respostas – CONCORDA TOTALMENTE

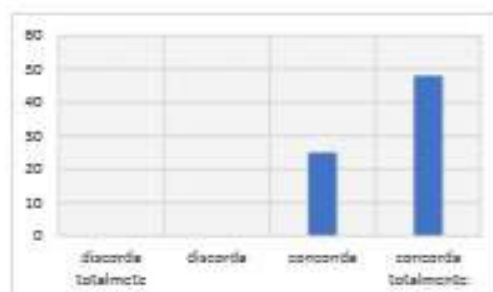
2 respostas – CONCORDA

**11ª questão – O horário da formação foi adequado?**

5 respostas – CONCORDA TOTALMENTE

2 respostas – CONCORDA

Fazendo uma avaliação global do 1º grupo de respostas, foi bastante positivo como se pode observar pelo gráfico seguinte. Verifica-se uma avaliação global da sessão – CONCORDO TOTALMENTE



2º grupo de questões – Avaliação do Formador

**12ª questão – Domínio dos conteúdos apresentados**

5 respostas – MUITO BOM

1 resposta – BOM

1 resposta impercetível

**13ª questão – Facilidade de transmissão de conhecimentos**

5 respostas – MUITO BOM

1 resposta – BOM



1 resposta impercetível

**14ª questão – Clareza na transmissão dos conhecimentos**

6 respostas – MUITO BOM

1 resposta impercetível

**15ª questão – Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos**

5 respostas – MUITO BOM

2 respostas – BOM

**16ª questão – Interação com o grupo**

5 respostas - MUITO BOM

2 respostas – BOM

**17ª questão – Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas**

5 respostas – MUITO BOM

2 respostas – BOM

**18ª questão – Gestão do tempo**

5 respostas – MUITO BOM

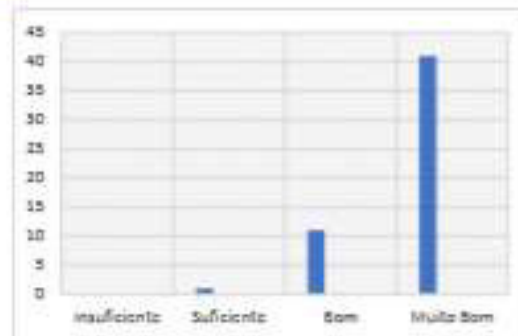
2 respostas – BOM

**19ª questão – Pontualidade**

5 respostas – MUITO BOM

1 resposta – BOM

1 resposta – SUFICIENTE.



A avaliação do formador, como podemos observar pelo gráfico é MUITO BOA.

No item "comentários e sugestões de melhoria", ouve 2 respostas:

- Como aluno a estagiar nesta Unidade, achei bastante útil esta formação, como uma reflexão referente à Parentalidade Positiva.
- Apresentação de mais casos.

#### CONCLUSÃO

Para obter esta avaliação, foi necessária pesquisa bibliográfica, de modo a relacionar a teoria com a prática. Sem dúvida que os cuidados antecipatórios são uma estratégia para os enfermeiros apoiarem os pais na promoção da parentalidade positiva, como confirma o Plano Nacional de Saúde da Criança e do Jovem, que vê os cuidados antecipatórios

*como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde (DGS, 2013).*

Lopes (2012) também refere que a atenção deve centrar-se, essencialmente, na ajuda aos pais que são os principais responsáveis pela educação da criança com a ajuda do estado.

Com a concretização desta sessão dei resposta ao objetivo por mim delineado, "Promover as estratégias de enfermagem para a promoção da **PARENTALIDADE POSITIVA** junto da equipa de enfermagem de saúde infantil".



#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Direção Geral da Saúde (2013). Saúde Infantil e Juvenil – Programa Nacional. Lisboa, Portugal.

Lopes, M. S. O. C. (2012). Apoiar na Parentalidade Positiva: Áreas de intervenção do enfermeiro. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, Portugal.

## **APÊNDICE X**

### **POSTER INFORMATIVO**

**“CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS, A CURTO E A LONGO PRAZO DA DOR NO  
RECÉM-NASCIDO NA UCIN: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA”**



## CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS, A CURTO E A LONGO PRAZO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO NA UCIN: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Paula Jerónimo (\*), Zaida Charepe (\*\*)

(\*) Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa

(\*\*) Professora Associada da Universidade Católica Portuguesa

### INTRODUÇÃO

Atualmente, a evidência científica tem demonstrado que o sistema nervoso central é capaz de transmitir dor na 24ª semana de gestação (Batalha, 2010; Khoza e Tjale, 2014). A gestão da dor é uma obrigação profissional, ética e moral, contudo estudos de avaliação relatam continuamente evidências de gestão inadequada da dor do neonato e uma lacuna entre a teoria e prática, como mencionam Khoza e Tjale (2014).

### OBJETIVO

Mapear evidência científica das consequências imediatas, a curto e a longo prazo da dor no recém-nascido na UCIN.

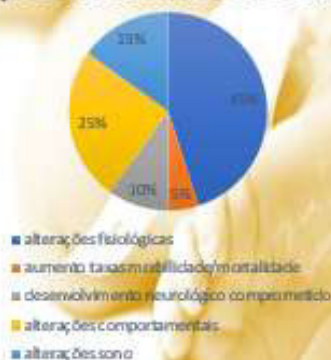
### MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura (Sallum, Garcia & Sanches, 2012). Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados MedLine e CINAHL, com os descritores "neonate pain" AND "long-terms-effects" assim como realizadas pesquisas em capítulos de livros de texto dedicados a esta temática. Como critérios de inclusão, estudos realizados com crianças prematuras e de termo que se encontrassem hospitalizadas em UCIN e fossem sujeitas a procedimentos dolorosos. Como limitadores de pesquisa, artigos em *free full text*, publicados num friso temporal compreendido entre 2013 e 2018.

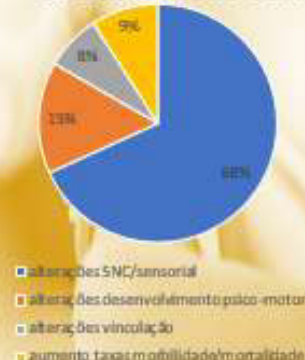
### RESULTADOS

Foram identificados um total de 975 artigos, após aplicação dos critérios de inclusão foram rejeitados 962. Da amostra teórica final foram analisados 13 artigos, 7 são revisões da literatura, 1 uma pesquisa qualitativa através de entrevista, 1 estudo exploratório descritivo, 1 estudo longitudinal, 1 estudo de natureza prospetiva não experimental, 1 estudo randomizado e 1 estudo transversal com comparação entre grupos. Encontraram-se estudos provenientes de 4 continentes, dando destaque ao Continente Americano com 10 publicações (5 brasileiras, 4 americanas e 1 canadiana), seguindo-se a Europa, Hong Kong e África do Sul.

#### Consequências imediatas e a curto prazo da dor no RN na UCIN



#### Consequências a longo prazo da dor no RN na UCIN



### CONCLUSÃO

Esta revisão contribuiu para enumerar as consequências da dor, e o efeito nefasto que esta provoca no futuro dos recém-nascidos, tendo um impacto negativo na qualidade de vida destas crianças. Apesar de existir literatura relevante sobre esta temática, os artigos em análise sugerem que hajam mais estudos longitudinais, com o objetivo de criar maior evidência científica das consequências da dor nos neonatos prematuros que se encontram nas Unidades de Cuidados Intensivos.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972757-593-0.
- Khoza, S. L. T., Tjale, A. A. (2014). Knowledge, attitudes and practices of neonatal staff concerning neonatal pain management. *Pag.9*. <http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v37i1.1246>.
- Sallum, A. M. C., Garcia, D. M., Sanches, M. (2012) Dor aguda e crónica: revisão narrativa da literatura. *Artigo de Revisão, Acta Paul Enferm.* 2012; 25 (Número Especial 1):150-4.