



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

**PROMOVER A PARENTALIDADE POSITIVA:
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Por: Filomena Sofia Marques Leitão

Lisboa, 2022



CATOLICA
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

**PROMOVER A PARENTALIDADE POSITIVA:
INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Por: Filomena Sofia Marques Leitão

Sob a orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, 2022

PENSAMENTO

O amanhã
pertence às crianças que protegemos hoje.

Papa Francisco

AGRADECIMENTOS

A todos
com quem me cruzo no meu caminho
e que enriquecem a minha caminhada.

RESUMO

Com este relatório pretendo dar a conhecer o meu percurso de aprendizagem nos diferentes contextos de estágio e, conseqüentemente, refletir sobre o impacto do mesmo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e no que concerne ao desenvolvimento das competências científicas, técnicas e humanas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

A temática do meu percurso formativo consiste na Promoção da Parentalidade Positiva, nomeadamente as intervenções do EEESIP que facilitam esse processo.

A parentalidade é um foco de enfermagem que remete para a responsabilidade do papel parental na otimização do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem.

Uma vez que o EEESIP atua em parceria com a criança/jovem e família, tem um papel importante na promoção da parentalidade positiva. Esta visa o superior interesse da criança/jovem e o respeito pelos seus direitos, procurando assegurar a satisfação das suas necessidades e a criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso e a valorização da sua individualidade e autonomia.

Tendo por base as dimensões do exercício da parentalidade positiva, foram desenvolvidos projetos em cada contexto de estágio e que abrangeram áreas como a segurança infantil e prevenção de acidentes, o cuidado ao bebé com cólicas, a formação à equipa de enfermagem e multidisciplinar com enfoque na promoção da parentalidade positiva.

Palavras-chave: Parentalidade positiva, intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

With this report I intend to present my learning path in the different internship contexts and, consequently, reflect on its impact in my personal and professional development and with regard to the development of the scientific, technical and human skills of Nurse Specialist in Child Health and Pediatric Nursing (in portuguese EEESIP).

The theme of my work is the Promotion of Positive Parenting, namely the EEESIP interventions that facilitate this process.

Parenting is a nursing focus that refers to the responsibility of the parental role in optimizing the growth and development of the child/young person.

Since the EEESIP works in partnership with the child/young person and family, he has an important role in promoting positive parenting. This aims at the best interests of the child/young person and the respect for their rights, seeking to ensure the satisfaction of their needs and the creation of an environment that promotes their harmonious development and encourages their individuality and autonomy.

Based on the dimensions of the exercise of positive parenting, projects were developed at each internship context, covering areas such as child safety and accident prevention, care for babies with colic, formation to the nursing and multidisciplinary team with a focus on promoting positive parenting.

Keywords: Positive parenting, nursing interventions.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAEP – Canadian Association of Emergency Physicians

CPTAS – Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EUA – Estados Unidos da América

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IMC – Índice de Massa Corporal

JBI – The Joanna Briggs Institute

M-CHAT – Modified Checklist for Autism in Toddlers

MCEESIP – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Perímetro Cefálico

PCC – População, Conceito, Contexto

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TA – Tensão Arterial

TAP – Triângulo da Avaliação Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

	PÁG.
1. INTRODUÇÃO_____	1
2. A PARENTALIDADE POSITIVA E O EEESIP_____	3
2.1. NA CONSTRUÇÃO DE UMA PARENTALIDADE POSITIVA_____	3
2.2. A INTERVENÇÃO DO EEESIP_____	6
3. PERCURSO DE APRENDIZAGEM_____	11
3.1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR_____	11
3.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA_____	22
3.3. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA_____	33
4. CONCLUSÃO_____	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS_____	51
APÊNDICES_____	55
APÊNDICE I	
SCOPING REVIEW_____	57
APÊNDICE II	
FOLHETO “MASSAGEM INFANTIL”_____	85
APÊNDICE III	
PLANO DA SESSÃO “MASSAGEM INFANTIL”_____	87
APÊNDICE IV	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO DOSSIER TEMÁTICO_____	91
APÊNDICE V	
REFLEXÃO CRÍTICA_____	93
APÊNDICE VI	
APRESENTAÇÃO “SEGURANÇA INFANTIL”_____	103

APÊNDICE VII	
FORMAÇÃO “PROMOVER UMA PARENTALIDADE POSITIVA”	107
APÊNDICE VIII	
INSTRUÇÃO DE TRABALHO	115
APÊNDICE IX	
ESTUDO DE CASO	117

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do 14.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido, criança e adolescente, e é especialmente dirigido para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença. (UCP, 2017)

A Unidade Curricular Estágio Final e Relatório consta de um estágio de natureza profissional, objeto de relatório final. Compreende assim a realização de 360h em estágio em diferentes contextos, que no meu caso se distribuíram equitativamente por Cuidados de Saúde Primários (numa USF), Serviço de Urgência Pediátrica e Serviço de Internamento de Pediatria. Tenho a referir que não realizei o estágio em Unidade de Neonatologia, também considerado neste curso, uma vez que, segundo disposto no Regulamento do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP, 2017), obtive creditação ao mesmo devido ao meu percurso profissional de mais de 10 anos nessa área.

Em cada contexto de estágio foi proposta a realização de um projeto formativo individual assente na metodologia de projeto, para o qual foram definidos objetivos e atividades a desenvolver para dar resposta ao diagnóstico de situação efetuado. Através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto, esta é uma metodologia promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência. (Ruivo et al., 2010)

No fim de cada estágio foi elaborado um portefólio contendo o percurso de aprendizagem realizado e a reflexão sobre as atividades e competências desenvolvidas.

Com este relatório pretendo dar a conhecer o percurso de aprendizagem nos diferentes contextos de estágio e, conseqüentemente, refletir sobre o impacto do mesmo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e também ao nível do desenvolvimento das competências científicas, técnicas e humanas de EEESIP.

Para tal procurei relacionar essa experiência com a componente de formação inicial especializada assim como com a minha experiência pessoal e profissional, suportando os conteúdos com evidência científica.

Subjacente a todo o percurso formativo esteve a temática da Promoção da Parentalidade Positiva, nomeadamente as intervenções do EEESIP que facilitam esse processo.

Promover a parentalidade positiva é essencial para o desenvolvimento da família, célula base da sociedade, na medida em que garante o respeito pela criança e pelos seus direitos.

Considerando os objetivos da unidade curricular, do regulamento geral do curso de mestrado e do meu projeto pessoal, foi definido o seguinte objetivo geral:

- Desenvolver competências na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com especial enfoque na promoção da Parentalidade Positiva.

Seguidamente, passarei a apresentar a estrutura deste trabalho.

No capítulo que se segue (segundo capítulo) apresento o enquadramento teórico referente à temática abordada, relacionando com a enfermagem e as competências do EEESIP.

No terceiro capítulo abordo o meu percurso de aprendizagem pelos vários contextos de estágio. Cada subcapítulo é referente a cada um dos diferentes contextos de estágio e inclui uma breve caracterização do local de estágio bem como os objetivos definidos, as atividades desenvolvidas e os resultados atingidos a nível de desenvolvimento pessoal e profissional, estabelecendo ligação com as competências do EEESIP.

Termino o corpo do trabalho com o capítulo da conclusão e, por fim, apresento as referências bibliográficas e os apêndices.

2. A PARENTALIDADE POSITIVA E O EEESIP

2.1. NA CONSTRUÇÃO DE UMA PARENTALIDADE POSITIVA

A família é entendida como um sistema aberto e dinâmico, onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior, com uma identidade individual e de grupo caracterizada pela forma como se organizam os diferentes elementos e como se relacionam entre si. É também o primeiro lugar de experiência de vida relacional e espaço natural de desenvolvimento e realização pessoal, desempenhando um papel importante na construção dos indivíduos, na medida em que é espaço de transmissão de valores éticos, morais, sociais e culturais.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2015 (Ordem dos Enfermeiros, 2016: 143), a família consiste num “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

Na sua vivência, a família passa por diferentes etapas do ciclo de vida familiar, as quais constituem fases de transição, com maior ou menor grau de vulnerabilidade.

A transição requer uma mudança no estado de saúde, no desempenho do papel, nas relações ou nas expectativas e requer que a pessoa ou pessoas que a experienciam incorporem novos conhecimentos e/ou habilidades, ocorrendo assim um ajustamento e adaptação. (Meleis, 2010)

Os enfermeiros são frequentemente os principais cuidadores de pessoas/famílias que estão a passar por uma transição. Desta forma, têm um papel importante na promoção de uma adaptação saudável a um novo acontecimento, na medida em que preparam os indivíduos para essas transições e facilitam o processo de aquisição de novas habilidades. (Meleis et al., 2000)

Uma dessas fases de transição é precisamente o nascimento dos filhos, com a qual se inicia uma nova fase de transição do ciclo vital familiar, que passa da função conjugal para a função parental, e que acarreta nova definição de papéis, prioridades e estratégias. (Relvas, 2004)

Segundo a Teoria das Transições de Afaf Meleis, esta é considerada uma transição desenvolvimental, relacionada com mudanças no ciclo vital e compreendida a partir da perspectiva de quem a vivencia. (Meleis, 2010)

Na CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2016:71), a parentalidade é um foco de enfermagem que consiste em “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”.

Relativamente ao papel parental, este é definido como “papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente”. (Ordem dos Enfermeiros, 2016:71)

Tal como é apresentado na Recomendação Rec (2006) 19 do Comité de Ministros do Conselho da Europa (2006), a família é o núcleo fundamental da sociedade, com uma importante função de suporte e adaptação, e a parentalidade desempenha um papel essencial na sociedade e no futuro desta. Dessa forma, é importante promover uma parentalidade positiva como parte essencial do apoio disponibilizado à parentalidade e como um meio para garantir o respeito e a implementação dos direitos das crianças.

Segundo a mesma recomendação, entende-se por parentalidade positiva um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança, que assegura a satisfação das suas necessidades e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica o estabelecimento de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento. O conceito de parentalidade positiva baseia-se assim no princípio de que os progenitores devem proporcionar às suas crianças: sustento; estrutura e orientação; reconhecimento, empoderamento e autonomia; educação não violenta. (Conselho da Europa, 2006)

A parentalidade positiva reforça o uso do amor, do apoio e de um ambiente de respeito no crescimento da criança, prevenindo os maus-tratos infantis, e reforça o objetivo de aumentar a autoestima da criança, a autoconfiança e otimizar o seu desenvolvimento. (American Academy of Pediatrics, 2005)

Para o Conselho da Europa (2008), o princípio básico da parentalidade positiva está centrado na interação pais-criança e consiste no reconhecimento destes como detentores de direitos e sujeitos a obrigações e no reconhecimento destes como parceiros essenciais na otimização do potencial de desenvolvimento e realização pessoal da própria criança. Para que isto seja possível, são enunciadas recomendações aos pais:

- compromisso – proporcionar cuidados e atenção personalizada às crianças;
- disciplina assertiva – educar as crianças com base numa disciplina compreensiva e compassiva, sem violência e sem castigos corporais;
- ambiente emocional – assegurar às crianças um ambiente de apreço e reconhecimento;
- ambiente físico – promover um ambiente físico saudável e organizado, que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança;
- sentido de inclusão na família – assegurar o sentimento de pertença e o direito à participação na vida familiar;
- confiança mútua – encarar mutuamente pais e crianças como seres humanos e criar uma relação de proximidade;
- exemplos positivos – constituir-se como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo-lhes pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis;
- orientação e instrução – desenvolver permanentemente as competências parentais, com o intuito de definir objetivos motivadores para as crianças, relativamente à sua autonomia e responsabilização.

Segundo o Conselho da Europa (2008), o exercício da parentalidade positiva compreende cinco dimensões, as quais procuram dar resposta às necessidades da criança e contribuir para o seu desenvolvimento harmonioso. Temos assim:

- Compreender as necessidades físicas da criança (satisfação de necessidades básicas como alimentação, repouso e higiene);

- Promover a segurança da criança (proteção da saúde, prevenção da exposição aos perigos e cuidados na doença);
- Promover o desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança;
- Comunicar de forma positiva com a criança (desenvolvimento de interação entre pais e crianças e adoção de relacionamentos de afeto e amor);
- Exercer uma disciplina positiva (promoção do autocontrole e estabelecimento de limites à criança com consistência e amor).

Todos estes aspetos estão intrinsecamente relacionados com a temática dos direitos da criança, o que reporta para a Convenção sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989.

Nessa convenção reconhece-se que a família é um elemento fundamental da sociedade, com um papel importante no crescimento e bem-estar de todos os seus membros, em particular das crianças, e deve receber a proteção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade. A responsabilidade de educação e desenvolvimento da criança compete principalmente aos pais e deve ter em conta o interesse superior da mesma. (UNICEF, 2019)

Para que a criança possa ter um desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão, e ser educada segundo os princípios de paz, dignidade, tolerância, liberdade, igualdade e solidariedade. (UNICEF, 2019)

A Convenção sobre os Direitos da Criança assenta em quatro princípios básicos: não-discriminação (artigo 2.º); interesse superior da criança (artigo 3.º); direito à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento (artigo 6.º); direito a ser ouvida (artigo 12.º). (UNICEF, 2019)

2.2. A INTERVENÇÃO DO EEESIP

Atuando num modelo de proximidade e de parceria com a criança e família, o EEESIP ocupa uma posição privilegiada na promoção da parentalidade positiva.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017:4), a

definição do conceito metaparadigmático de pessoa é especificado nesta área sob o binómio criança/jovem e família, pelo que se entende por criança “toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, ou 25 anos e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso”.

A família compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, sendo os pais os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados, o que não exclui a importância de outras pessoas significativas ou cuidadores. Nesta perspetiva, todos desempenham um importante papel no crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e são, juntamente com esta, alvo da intervenção do EEESIP. (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018:19192), “este utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. (...) O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.”

A família constitui a primeira unidade cuidadora de saúde, tanto ao nível da promoção e educação para a saúde como da prevenção da doença. Por tudo isso, torna-se importante estabelecer com esta uma parceria de cuidados para se atingirem os melhores resultados e ganhos em saúde.

Este aspeto está de acordo com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, para quem é fundamental centrar os cuidados de enfermagem pediátrica não só na criança, como também na sua família, defendendo que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, sendo respeitado o seu conhecimento e experiência no cuidado aos filhos e valorizado o seu contributo na prestação de cuidados à criança. (Casey, 1993)

Este modelo constitui uma filosofia de cuidados de enfermagem que reconhece e valoriza a importância da família para o bem-estar da criança, na qual os cuidados são negociados com estes.

A criança é vista como alguém cuja satisfação das necessidades depende de outras pessoas, na sua maioria dos pais e/ou de outros membros da família, e estes são vistos como uma unidade de indivíduos que detêm a responsabilidade principal pela prestação de cuidados à criança e que exercem uma forte influência no crescimento e desenvolvimento desta. (Casey, 1993).

O Modelo de Parceria de Cuidados engloba cinco conceitos principais: criança, saúde, ambiente, família e enfermeiro.

Segundo Anne Casey, o papel do enfermeiro é o de fornecer apoio, ensino e encaminhamento à família para que esta possa satisfazer as necessidades da criança. As estratégias de apoio procuram a negociação e o envolvimento da família nos cuidados a prestar à criança, o que se dá pelo desenvolvimento da relação de ajuda entre criança, família e enfermeiro. (Casey, 1993)

Se a família não possuir as capacidades ou conhecimentos necessários para garantir a eficácia desses cuidados, o enfermeiro deve intervir procurando otimizar essa resposta. Dessa forma, deverá orientar a família nos cuidados a prestar, partilhar conhecimentos e ensinar técnicas específicas que possibilitem a aquisição de competências por parte da família no sentido de satisfazer adequadamente as necessidades da criança. (Farrel, 1994)

O enfermeiro tem assim como principal missão a supervisão, devendo prestar cuidados especializados à criança sempre que o seu estado de saúde o exija. (Farrel, 1994)

Tudo isto remete para a importância do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da importância do trabalho em conjunto com a criança e família, para que, detendo conhecimentos sobre o desenvolvimento e competências da criança e sobre o contexto de transição para a parentalidade, possa promover estratégias promotoras de uma transição saudável e positiva, que envolvam a família de forma ativa. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Este aspeto é reforçado pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), que refere que, concebendo a família como contexto da criança/jovem, os cuidados de Enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva e de uma intervenção que traduz envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados.

Também na Recomendação Rec (2006) 19 do Comité de Ministros do Conselho da Europa (2006) são dadas orientações aos profissionais que trabalham com crianças ou cujo trabalho tem impacto nos direitos destas, nomeadamente:

- o estabelecimento de parcerias com os pais e o seu empoderamento, o que pressupõe o reconhecimento da experiência dos pais e do seu conhecimento sobre os seus filhos;
- aumentar a autoconfiança dos pais, enaltecendo as suas competências e potencial, e motivando-os a informarem-se e capacitarem-se. (Conselho da Europa, 2006)

Apoiar a família na promoção da parentalidade implica conhecer a individualidade de cada família bem como dos seus membros, identificar as suas potencialidades, as suas dificuldades e as suas competências.

Para tal, segundo o Guia Orientador de Boa Prática (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), o EEESIP deve obedecer a alguns requisitos:

- estar consciente dos valores implícitos ao comportamento da família;
- ouvir a família, incluindo a criança, antes de planear os cuidados;
- ouvir a família, e aprender com ela, antes de a tentar informar e ensinar;
- comunicar com a família antes de tomar decisões;
- individualizar os cuidados de forma a que a família se sinta segura com a sua participação;
- adequar os cuidados a cada família;
- estar disponível para atender às necessidades da família;
- conhecer a família.

A parentalidade positiva é um projeto de saúde para os pais e crianças e o apoio de enfermagem pode visar a promoção da confiança dos pais, a ajuda nas suas dificuldades e a educação de comportamentos saudáveis. (Lopes, 2012)

Tal como nos mostra a pesquisa e análise realizada na scoping review, o EEESIP tem um papel importante na promoção da parentalidade positiva, principalmente ao nível da promoção das competências parentais. (ver Apêndice I – Scoping Review)

Segundo Lopes e Dixe (2012), a promoção de competências de parentalidade positiva é uma estratégia de prevenção de maus-tratos infantis e de promoção do desenvolvimento da criança. Para além disso, é ainda fundamental para aumentar a autoestima e autoconfiança da criança. (Lopes et al., 2010)

O EEESIP tem um papel fundamental na capacitação dos pais para o desempenho parental e a sua intervenção deve basear-se no reconhecimento das potencialidades, interesses, dificuldades e diferenças dos pais e na valorização das suas competências e conhecimentos e da participação na tomada de decisão. (Lopes & Dixe, 2012)

A intervenção do EEESIP a nível da capacitação parental é abrangente e está em consonância com as diferentes dimensões para o exercício da parentalidade positiva e com as diversas etapas do desenvolvimento infantojuvenil.

3. PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Tal como já foi referido, este relatório aborda a temática da promoção da parentalidade positiva.

Tendo presente as cinco dimensões de exercício da parentalidade positiva (Conselho da Europa, 2008), foram desenvolvidos projetos formativos individuais em cada estágio que abordaram diferentes áreas de acordo com o diagnóstico de situação efetuado.

É precisamente esse percurso de aprendizagem que passarei a apresentar e desenvolver, procurando simultaneamente refletir sobre todo esse processo e sobre o meu desenvolvimento pessoal e profissional, incluindo ao nível do desenvolvimento de competências de índole profissional e académico.

3.1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

a) CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Unidade de Saúde Familiar na qual realizei o meu estágio pertence a um Agrupamento de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica definida, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. Pretende ser uma referência na prestação de cuidados de saúde humanizados, adequados às características da sua comunidade, próxima das suas famílias e utentes, com base num trabalho de equipa empreendedor, sustentável e eficiente, e promove a sua atividade de acordo com os seguintes valores: conciliação; cooperação; solidariedade; autonomia; articulação; avaliação; gestão participativa.

Esta USF é uma unidade de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares organizada segundo o modelo A, na qual existem equipas de família constituídas por médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico.

Atualmente, dispõe de uma equipa de profissionais constituída por 8 médicos, 8 enfermeiros, 5 secretários clínicos e 1 interno.

A equipa de enfermagem exerce a sua atividade de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Ordem dos Enfermeiros,

2015a), em colaboração com os outros elementos da equipa multidisciplinar, progredindo preferencialmente para a prática de enfermagem de família.

São áreas de atuação de enfermagem:

a) Identificação de necessidades de saúde individuais e familiares aos respetivos utentes pertencentes a uma lista atribuída a cada Enfermeiro, bem como à globalidade dos utentes da USF, quando em inter-substituição;

b) Realização de:

- Consulta Aberta
- Consulta programada nos seguintes programas: Consulta de Saúde Infantil e Juvenil; Consulta de Planeamento Familiar; Consulta de Saúde Materna; Consulta de Diabetes

- Teste de Diagnóstico Precoce

- Visita Domiciliária

c) Avaliação, planeamento e execução de atividades de âmbito curativo – Sala de Tratamentos;

d) Vacinação e divulgação do PNV junto dos utentes e famílias aproveitando todas as oportunidades para vacinar os utentes da USF;

e) Gestão de ficheiro e dos programas de saúde em colaboração com a respetiva microequipa;

f) Atendimento telefónico;

g) Atualização do conhecimento científico com participação em atividades de formação e investigação;

h) Realização de reuniões clínicas para partilha de informação com a equipa, como forma de promoção do crescimento da mesma;

i) Participação nos programas e estágios de formação destinados a estudantes e profissionais de enfermagem;

j) Requisição de material e equipamento necessários para a prestação de cuidados de enfermagem e médico na unidade (material de consumo clínico, farmácia, vacinas, etc.);

k) Articulação com outros serviços e especialidades, na área da Psicologia, Serviço Social, Saúde Pública, Saúde Oral e Medicina Dentária.

Esta USF conta ainda com os seguintes serviços de apoio: Serviço de Atendimento Complementar; Gabinete do Cidadão; Serviço de Saúde Pública;

Serviço Social, Psicologia, Saúde Oral e Medicina Dentária; Cuidados Continuados; Serviço de Apoio Informático; Serviço de Limpeza; Serviço de Segurança.

b) DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Na primeira semana de estágio, procurei conhecer a dinâmica orgânico-funcional da USF e consultar os documentos existentes. Nas semanas seguintes, pude colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados e desenvolver o meu projeto formativo.

Tendo como referência o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), procurou-se enquadrar o projeto formativo individual com as orientações e linhas-mestras do programa assim como com o Regulamento Interno da própria USF e, ao mesmo tempo, dar resposta às necessidades da população e da própria equipa de enfermagem. Nesse sentido, tendo presente a temática da parentalidade positiva, foi identificada a necessidade de promover as competências parentais.

Uma avaliação minuciosa da parentalidade significa identificar informação, validar capacidades parentais, de forma a concetualizar, selecionar e implementar processos de cuidados construídos em parceria com os pais, com o objetivo de os ajudar a descobrir novas formas de organização familiar e adaptação aos processos de vida com que se confrontam. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b)

Este ponto remete para o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), o qual apresenta como uma das linhas-mestras: 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. (DGS, 2013)

Reconhecer a importância do papel dos pais, valorizá-los nos seus saberes e encará-los como parceiros implica, por parte dos enfermeiros, a mobilização de saberes, habilidades e comportamentos que permitam identificar e agir sobre a atitude, a capacidade, o conhecimento e a aprendizagem de capacidades, promovendo assim a parentalidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b)

Assim sendo, foram formulados os seguintes objetivos:

a) Objetivo Geral

- Desenvolver competências na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com especial enfoque na promoção da Parentalidade Positiva.

b) Objetivos Específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situação de saúde/doença no âmbito da promoção da parentalidade positiva, no contexto de cuidados de saúde primários.

- Contribuir para a promoção da parentalidade positiva através de formação à equipa multidisciplinar.

Durante o contexto de estágio em USF, foi-me possível colaborar com a equipa de enfermagem ao nível das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil e da Vacinação. Esta minha atuação esteve de acordo com as orientações do PNSIJ (DGS, 2013):

- calendarização das consultas para idades-chave e de outras intercalares, consoante o desenvolvimento da criança/jovem, condição de saúde, possíveis dúvidas e despiste de alterações. Note-se que as idades referidas não são rígidas e podem sofrer adaptações, consoante o desenvolvimento da criança e dinâmica familiar.

- harmonização das consultas com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Vacinação (PNV);

- valorização dos cuidados antecipatórios adequados a cada idade;

- deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança;

- apoio à responsabilização progressiva e à autodeterminação em questões de saúde das crianças e dos jovens;

- trabalho em equipa multidisciplinar.

Neste último aspeto, saliento que as Consultas de Saúde Infantil e Juvenil foram realizadas segundo essa abordagem multidisciplinar e de complementaridade entre profissionais, iniciando-se cada consulta com a Consulta de Enfermagem e de seguida com a Consulta Médica.

Nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil, e em concordância com as competências específicas de EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), pode responder aos seguintes objetivos do PNSIJ (DGS, 2013):

- avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, tendo como referência os instrumentos preconizados pelo PNSIJ, e registar os dados obtidos nos suportes próprios;
- transmitir orientações antecipatórias e estimular a opção por comportamentos promotores da saúde (como alimentação saudável, prática de exercício físico, medidas de segurança e prevenção de acidentes);
- promover a imunização segundo o PNV;
- promover o aleitamento materno, informando, esclarecendo dúvidas e apoiando na otimização da técnica;
- detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança/jovem;
- prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, reforçando o papel parental e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde;
- promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação da criança/jovem, com progressiva responsabilização pelas suas escolhas;
- apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover uma parentalidade positiva.

Para Brazelton (2009), cada criança é única e tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento. Este decorre com surtos evolutivos, regressões e fases estacionárias, seguindo padrões previsíveis mas não lineares e contínuos.

Promover o desenvolvimento infantil é trabalhar em parceria com a criança/jovem e família para que esta possa desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo. Para isso, o EEESIP deve conhecer os aspetos relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil (o que inclui o conhecimento sobre os pilares das áreas funcionais para o desenvolvimento infantil), conhecer a criança/jovem e família a quem presta cuidados, utilizar instrumentos de avaliação fiáveis, seguros e de fácil utilização e articular-se com outros profissionais de saúde quando necessário. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

No que se refere à avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, procedi à avaliação de parâmetros antropométricos como o peso, comprimento/altura, IMC, PC e também a avaliação da TA (em crianças a partir dos 3 anos de idade). Pude depois registrar os valores na tabela do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e aferir a evolução desses parâmetros através do preenchimento das curvas de crescimento adotadas pelo PNSIJ que constam no referido boletim e que são as preconizadas pela OMS.

Realizei também o exame do recém-nascido e da criança/jovem, não descurando aspetos como os reflexos primitivos no recém-nascido, a pele, a dentição, a postura e a marcha. Realizei ainda no recém-nascido a manobra de Ortolani para pesquisa de luxação congénita da anca/displasia de quadril.

A nível da visão, foi possível realizar o rastreio do reflexo do olho vermelho em recém-nascidos e do rastreio da visão em crianças pela aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. Pude ainda aplicar o teste dos “E” de Snellen a uma criança de 5 anos de idade. (DGS, 2013)

Para fazer o rastreio da audição, segui também as indicações da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. (DGS, 2013)

Ao nível da avaliação do desenvolvimento, foi possível aplicar a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada para avaliação das quatro áreas (postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social) e assim despistar possíveis sinais de alerta e adequar os cuidados a prestar.

Durante o estágio, e no âmbito das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, pude ainda colaborar na aplicação do teste M-CHAT - Modified Checklist for Autism in Toddlers a uma criança de 2 anos de idade.

Segundo o PNSIJ (DGS, 2013), o M-CHAT é um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento utilizado em crianças dos 16 aos 30 meses, com o objetivo de rastrear as Perturbações do Espectro do Autismo.

No caso da criança avaliada, após a cotação das respostas e confirmado o resultado, foi decidido discutir a situação em equipa multidisciplinar e, posteriormente, optou-se por referenciar a criança para a consulta de pediatria do neurodesenvolvimento.

Tal como acontece com outros testes de rastreio, também aqui podem existir falsos positivos e nem todas as crianças serem diagnosticadas com esta

perturbação. Contudo, os resultados deste teste podem apontar para a existência de outras anomalias do desenvolvimento, o que implica uma avaliação por profissionais desta área. (DGS, 2013)

Esta situação contribuiu para o meu enriquecimento pessoal e profissional, com o aprofundar de conhecimentos relativamente ao desenvolvimento infantil, perturbações do neurodesenvolvimento e estratégias de coping e adaptação face a um diagnóstico de necessidades especiais e incapacidades da criança/jovem.

Ao nível dos cuidados antecipatórios, e com vista à promoção de um desenvolvimento harmonioso, pude abordar junto da criança/jovem e família conteúdos importantes para o desenvolvimento infantil e juvenil como: amamentação, alimentação saudável e diversificação alimentar; saúde oral; higiene; hábitos intestinais e cólicas; controlo de esfíncteres; hábitos de sono; doenças comuns às várias idades e cuidados a ter; segurança e prevenção de acidentes; vida na creche/jardim de infância; escola; exercício físico e tempos livres; puberdade; vacinação.

Transversalmente a toda a minha atuação, esteve sempre presente a preocupação com a temática da parentalidade positiva.

Segundo o Guia Orientador de Boa Prática (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), a natureza do vínculo entre a criança e o cuidador é um ponto importante da parentalidade e influencia grandemente o desenvolvimento infantil.

Na CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2016:89), a vinculação diz respeito à “parentalidade: ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afetivos”.

Neste contexto, para que se promova da melhor forma a incorporação do recém-nascido na família, o EEESIP deve ter como preocupação apoiar os pais/família nessa transição, procurando saber como está a ser vivenciado e experienciado esse processo pelos vários elementos e também prestando apoio na promoção das competências parentais.

O apoio na transição para a parentalidade requer que o contacto com os pais se processe de forma positiva, o que implica conhecer a família e o seu funcionamento e compreender as relações conjugais, respeitar a individualidade de cada família e dos seus membros e as suas crenças e cultura, promover a interação com a

criança, incentivar os seus membros a expressar as suas expectativas, motivá-los para a aprendizagem de capacidades e promover essa capacitação, elogiar o desempenho do papel parental e aumentar a autoestima. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b)

O EEESIP desempenha aqui um papel importante na avaliação do desenvolvimento da parentalidade, na promoção da vinculação, no apoio e ensino aos pais/família/cuidadores face às novas competências parentais que é necessário desenvolver, no reconhecimento e promoção das potencialidades destes e no promover o envolvimento parental na prestação de cuidados à criança.

Respeitando os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), durante o estágio na USF, e na procura da excelência no exercício profissional, procurei implementar intervenções com vista a maximizar o bem-estar do recém-nascido. Nesse aspeto, saliento os ensinamentos que pude prestar às famílias em relação a: competências do RN; vinculação; desenvolvimento infantil; amamentação; cuidados de higiene e conforto; massagem infantil; segurança infantil e prevenção de acidentes; promoção das competências parentais.

Uma das situações que foi identificada como oportunidade de atuação no meu projeto formativo foi a necessidade de apoiar e capacitar os pais nos cuidados aos bebés com cólicas, situação que é frequentemente fator de stress e preocupação parental e que é verbalizada pelos pais no âmbito da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil.

No estudo de Lopes (2012), que avaliou o exercício da parentalidade positiva dos pais de crianças até três anos e meio de idade através de duas escalas (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades), verificou-se que na dimensão necessidades físicas da criança é onde os participantes percebem, em média, menos confiança e mais dificuldades. Nesta dimensão, o cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas foi o item em que os participantes tiveram, em média, menos confiança e mais dificuldades, constituindo este um fator de ansiedade e stress pelos momentos de choro que provocam no bebé.

Segundo Brazelton e Sparrow (2004), o choro é a forma de comunicação mais importante do recém-nascido e assume um significado especial para quem cuida deste, na medida em que procura responder às suas exigências.

Neste ponto, o EEESIP tem um papel importante ao ajudar os pais/cuidadores a descobrirem o bebé, as suas capacidades e comportamento e a melhor forma de se relacionarem com ele e de resolverem alguns problemas.

Segundo Ordem dos Enfermeiros (2012), a promoção do conforto e do bem-estar do indivíduo e família constitui a essência da enfermagem e por isso um dever do enfermeiro e uma condição para a garantia da qualidade dos cuidados prestados.

Uma das intervenções autónomas de enfermagem que procura dar resposta a esta problemática das cólicas e promover o conforto e bem-estar do bebé é a execução da técnica da massagem infantil.

Vários são os artigos científicos que evidenciam os benefícios desta técnica quer para o bebé, quer para a sua família/cuidador, dos quais destaco:

- crescimento e ganho de peso do bebé;
- melhoria da função gastrointestinal, com aumento da motilidade intestinal;
- atenuação da dor;
- redução do stress infantil;
- fortalecimento do sistema imunitário;
- consolidação da díade (bebé-família/cuidador).

(Álvarez et al, 2017; Balakrishna et al, 2019; Field, 2019; Lu et al, 2020; Niemi, 2017)

Para Ordem dos Enfermeiros (2012), para além dos benefícios físicos, a massagem infantil fortalece a ligação entre o bebé e o cuidador, fortalecendo a vinculação e a assunção do papel parental.

Para dar resposta à necessidade identificada, e assim promover as competências parentais, foram desenvolvidas atividades direcionadas para o ensino aos próprios pais/cuidadores e também para a formação dos profissionais de saúde, nomeadamente:

- Elaboração de um folheto informativo para os pais sobre a massagem infantil. (ver Apêndice II – Folheto “Massagem Infantil”)
- Realização de uma sessão formativa à equipa multidisciplinar sobre a massagem infantil. (ver Apêndice III – Plano da Sessão “Massagem Infantil”)

- Elaboração de um dossier temático com artigos científicos sobre a massagem infantil, para consulta por parte da equipa multidisciplinar. (ver Apêndice IV – Referências Bibliográficas do dossier temático)

Relativamente à escolha da temática abordada e das atividades desenvolvidas, tenho a referir que tiveram o parecer positivo da equipa multidisciplinar e também das famílias a quem se destinaram os cuidados.

O folheto sobre massagem infantil foi apresentado à equipa multidisciplinar aquando da sessão formativa e, posteriormente, foi apresentado e explicado a duas famílias no contexto da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil. Em todas as situações, o parecer foi positivo, o que levou a que tivesse ficado para ser discutido em conselho técnico a utilização do folheto na USF.

Relativamente à sessão formativa, cuja divulgação foi feita à equipa médica e de enfermagem da USF via email, contou com cerca de 88% dos destinatários, dos quais 86% avaliaram em Muito Bom e 14% em Bom.

Com estas atividades, pude providenciar cuidados promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a terapias de enfermagem complementares e suportadas na evidência. Por outro lado, pude também desenvolver competências de EEESIP no domínio da melhoria contínua da qualidade pela dinamização, desenvolvimento e avaliação de iniciativas de acordo com os objetivos da instituição e necessidades da comunidade.

Tal como já referi, durante o meu estágio na USF tive também como preocupação promover a imunização das crianças segundo o Programa Nacional de Vacinação. Para facilitar esse objetivo, e à semelhança do que já se praticava na USF, procurou-se harmonizar e fazer coincidir, sempre que possível, as datas das consultas de vigilância de saúde com as datas do calendário do esquema vacinal.

O ato de vacinar é uma técnica que pode causar desconforto e dor à criança. Para diminuir esse desconforto e dor procurei desenvolver algumas intervenções não farmacológicas durante a vacinação, tais como:

- posicionamento adequado que promova alguma contenção e a organização comportamental da criança;

- contacto físico dos pais com a criança - para atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor;

- sucção não nutritiva – inibe a hiperatividade e modula o desconforto;

- distração – técnica que direciona a atenção da criança para situações não dolorosas, como música, visualização de vídeos, conversa, promovendo o autocontrolo;

- fornecimento de informação antecipatória – informação clara, simples e honesta sobre o procedimento e adequada à idade da criança, com o objetivo de diminuir a ansiedade e o medo desta e aumentar o seu autocontrolo.

(Ordem dos Enfermeiros, 2013a)

Durante o estágio, pude também participar na reunião semanal da equipa de enfermagem, na qual se procede ao exame de processos/procedimentos de trabalho diário e otimização dos mesmos, incluindo a discussão de casos clínicos e a abordagem de problemas da prática clínica, e ainda colaborar na requisição de material e equipamento necessários para a prestação de cuidados de enfermagem e médico na USF.

No fim do estágio, elaborei uma reflexão crítica sobre as competências do EEESIP e sobre o contributo da aquisição dessas competências para o desempenho profissional no âmbito das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil. (ver Apêndice V – Reflexão Crítica)

Com este estágio, pude desenvolver competências ao nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, nomeadamente garantindo práticas de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e estabelecendo uma parceria de cuidados com a criança/jovem e família respeitadora dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais. Pude também desenvolver competências ao nível dos domínios da gestão dos cuidados e da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente garantir a segurança e qualidade dos cuidados, dinamizar e desenvolver projetos de melhoria de cuidados em resposta às necessidades identificadas e aos objetivos da instituição, gerir e otimizar os recursos humanos e materiais. Este estágio contribuiu também para a melhoria da liderança, da tomada de decisão e da supervisão.

A nível pessoal e profissional, pude aprofundar competências relativas ao autoconhecimento e assertividade, quer na relação com a pessoa a quem se presta cuidados, quer na relação com a equipa de profissionais de saúde.

Ao nível das competências específicas de EEESIP, pude também desenvolver as seguintes competências: assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, estabelecendo uma parceria de cuidados promotora da otimização da saúde, da gestão do regime e da parentalidade e intervindo ao nível do diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças comuns a cada idade; cuidar da criança/jovem e família, fazendo a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas e providenciando cuidados promotores da majoração dos ganhos em saúde recorrendo a terapias complementares com evidência científica (como a massagem infantil); prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem através da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, da vinculação, da responsabilização pelas escolhas de saúde e de uma comunicação positiva e adequada a cada idade.

3.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

a) CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) no qual realizei o meu estágio consiste num Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente e tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Atualmente e num contexto de pandemia, este serviço é constituído por duas valências: Urgência Geral e Urgência Respiratória.

À chegada ao balcão de admissão, os utentes são acolhidos por um administrativo que elabora o registo de entrada e encaminha os utentes para a valência mais indicada.

O SUP engloba diferentes áreas, entre elas: Triagem, Sala de Reanimação, Gabinetes Médicos, Sala de Tratamentos, Serviço de Observação (SO), Sala de Pequena Cirurgia, Isolamento, Sala de Contenção.

A equipa de enfermagem está atualmente reforçada, sendo constituída por cerca de 53 enfermeiros, dos quais 4 são enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A equipa médica é constituída por assistentes hospitalares e internos da especialidade nas áreas de Pediatria Médica, Pediatria Cirúrgica, Ortopedia Pediátrica e Pedopsiquiatria, existindo outras especialidades que dão o seu apoio quando solicitado.

Dos recursos humanos do SUP fazem ainda parte a equipa de assistentes operacionais, administrativos e serviços de apoio como limpeza e vigilância.

b) DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nas duas primeiras semanas de estágio, procurei conhecer a dinâmica orgânico-funcional geral da instituição hospitalar e do serviço propriamente dito e consultar os documentos existentes.

Estes aspetos foram discutidos com a enfermeira orientadora, com vista à análise da realidade e elaboração do diagnóstico de situação e, conseqüentemente, à identificação de possíveis estratégias a desenvolver e de oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências. Posteriormente, foi discutido com a enfermeira-chefe do serviço qual a adequação e pertinência para o serviço do meu projeto formativo individual (projeto de estágio).

Um dos problemas identificados desde o início do estágio prende-se com a incorreta colocação das crianças nos sistemas de retenção e transporte. Por várias vezes se observou que as crianças que se dirigiam ao serviço de urgência pediátrica trazidas pelos seus pais ou familiares em carrinhos de transporte não vinham corretamente seguras, o que colocava em risco a segurança destas e contribuía para a ocorrência de acidentes.

Segundo o Relatório de Avaliação da Segurança Infantil em Portugal da Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI, 2017), os traumatismos e lesões não intencionais, ou acidentes, são uma das principais causas de morte de crianças e jovens na Europa e a primeira entre os 5 e os 19 anos de idade (dados de 2012).

Em Portugal, a mortalidade por traumatismos e lesões não intencionais de crianças e jovens registou uma redução de forma consistente desde 1992 até 2015, sendo de 3,6 por 100.000 habitantes em 2015. Ao analisar os dados, constata-se uma redução da taxa de mortalidade por acidente em todas as faixas etárias, sendo nos grupos etários “até 1 ano” e “15-19 anos” que se verifica a maior taxa de mortalidade por acidente, ao longo do tempo. (APSI, 2017)

Tendo como referência os dados disponíveis entre 2011 e 2015, os acidentes de transporte constituem a primeira causa de morte por acidente, seguidos dos afogamentos, depois os acidentes por asfixia, sufocação e estrangulamento e em quarto as quedas. (APSI, 2017)

Também o número de internamentos em resultado dos traumatismos e ferimentos não intencionais diminuiu de forma consistente ao longo dos últimos anos – de quase 14.000 em 2000 para menos de 4.400 em 2016. Essa redução verifica-se em todo o tipo de acidentes, sendo que os que resultam das quedas e acidentes de transporte se mantêm os mais elevados ao longo dos anos. (APSI, 2017)

Face a tudo isto, o enfermeiro tem aqui um campo de atuação importante para promover a segurança infantil e prevenção de acidentes e a promoção de competências parentais, o que está em consonância com os objetivos do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), nomeadamente:

- Estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, entre os quais a adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes;
- Promover a prevenção dos acidentes e intoxicações;
- Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos.

O projeto formativo elaborado debruçou-se, assim, sobre duas temáticas que se interligaram: a promoção da parentalidade positiva e a promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes. Para tal, foram formulados os seguintes objetivos:

a) Objetivo Geral

- Desenvolver competências na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com especial enfoque na promoção da Parentalidade Positiva.

b) Objetivos Específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de serviço de urgência pediátrica, no âmbito da promoção da parentalidade positiva.
- Contribuir para a promoção da parentalidade positiva através de formação à equipa de enfermagem.
- Contribuir para a promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes através de formação à equipa de enfermagem.

A hospitalização constitui uma situação de stress para a criança/jovem e família. No caso de uma hospitalização planeada, essa situação pode ser atenuada na medida em que é algo esperado e necessário. Por outro lado, uma hospitalização de emergência pode ser alarmante. (Jorge, 2004)

Neste contexto, a intervenção do EEESIP é de extrema importância para ajudar a criança/jovem e família a vivenciar esta situação.

Mantendo-se atento e focado na gestão da doença e na recuperação do bem-estar da criança/jovem e família e adotando uma postura que transmite calma e tranquilidade, o enfermeiro procura escutar e estar com a criança/jovem e família no sentido de possibilitar que expressem as suas emoções, dúvidas e incertezas, compreender as suas preocupações, desmistificar medos e ansiedades e responder a questões, permitindo que se sintam valorizados, e estabelecer com estes uma relação de empatia e confiança para que se sintam seguros. (Diogo et al., 2015)

Para além disso, o enfermeiro deve incentivar a permanência da família junto da criança/jovem, fortalecer o enfoque na importância do afeto e do conforto e valorizar o papel parental durante a hospitalização, estabelecendo uma parceria de cuidados com a família e envolvendo-a na tomada de decisões relativas ao processo de cuidados. (Diogo et al., 2015)

Quando a experiência no SUP é vivida pela criança de forma positiva, promove nesta a sua autoestima, capacitação e aprendizagem de estratégias de coping. (Diogo et al., 2016)

Durante o estágio, pude colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto

de serviço de urgência pediátrica. Isto implicou o diagnóstico e prestação de cuidados à criança/jovem e família em situação de doença, a colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, o estabelecimento de uma parceria de cuidados com a criança/jovem e família e de uma relação empática e de confiança e a promoção das competências parentais.

Também em contexto de urgência, promover o desenvolvimento infantil deve constituir uma prioridade para o enfermeiro. O clima de afetividade, a promoção da segurança, de uma vinculação segura, a satisfação de necessidades fundamentais como alimentação e higiene e a promoção de atividades lúdicas são formas de garantir a aplicação dos pilares das áreas funcionais do desenvolvimento infantil neste contexto. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Tendo presente estes aspetos, foi também minha preocupação prestar cuidados específicos em resposta às necessidades de desenvolvimento da criança e do jovem, nomeadamente: promover o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem transmitindo orientações antecipatórias a estes e à família com vista à maximização do potencial de desenvolvimento; promover a satisfação das necessidades da criança/jovem nas suas variadas áreas (tais como: alimentação, sono, higiene); promover a vinculação e um ambiente afetivo entre criança/jovem e família.

Como exemplo, posso enunciar uma situação ocorrida em contexto de SO, na qual apoiei uma mãe na amamentação ao seu recém-nascido e incentivei o método canguru nessa díade como forma de promover a vinculação, a autorregulação e o repouso do RN.

Um outro exemplo remete para o problema já referido da incorreta colocação das crianças nos sistemas de retenção e transporte. Quando as situações foram identificadas, dirigi-me às famílias das crianças e, seguindo os princípios da relação de ajuda, respeito, empatia e confiança, prestei as informações necessárias e executei as ações para corrigir as situações, validando com as famílias os ensinamentos prestados. Alertei também para a importância da segurança infantil e prevenção de acidentes, encorajando as famílias a serem agentes ativos nos cuidados e reforçando as suas capacidades.

Tudo isto está de acordo com as intervenções de enfermagem de apoio aos pais no exercício de uma parentalidade positiva identificadas por Lopes (2012):

- avaliar as competências parentais para a segurança;
- ensinar na adoção de medidas de segurança;
- informar sobre estilos de vida saudáveis;
- encorajar os pais a serem participantes ativos;
- reforçar as potencialidades dos pais;
- estabelecer relação de confiança com os pais.

O meu percurso pelo SUP englobou diferentes áreas do serviço: Triagem, Sala de Tratamentos, Serviço de Observação (SO) e Sala de Pequena Cirurgia.

Na triagem, tive oportunidade de contactar com o método de Triagem Pediátrica Canadiana (CPTAS – Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale), o qual consiste num sistema de triagem exclusivamente pediátrico que inclui três passos: impressão clínica de gravidade, avaliada pelo Triângulo da Avaliação Pediátrica (TAP); avaliação da queixa/motivo de vinda à urgência; avaliação dos sinais vitais tendo em conta a idade e os fatores de risco associados. O TAP consiste na avaliação visual e auditiva rápida de 3 aspetos (aparência, respiração e circulação) e sem a necessidade de equipamentos. Uma anormalidade observada em quaisquer das características do TAP denota uma criança não estável e a sua categoria dita o tipo e urgência da intervenção. (DGS, 2018)

Na triagem, a comunicação é um dos instrumentos fundamentais da atuação do enfermeiro, uma vez que influencia e pode condicionar a forma como se processa a triagem.

Para permitir uma avaliação efetiva e correta dos indivíduos, o enfermeiro deve desenvolver uma comunicação objetiva e clara, adequada à singularidade de cada criança/jovem e família, direcionando a entrevista para a recolha de informação relevante, num tom de voz adequado e tranquilo, e tendo sempre a preocupação de validar a informação recolhida. É necessário ter também atenção aos aspetos relativos à comunicação não verbal como a linguagem corporal e expressão facial que podem comprometer todo o processo entre enfermeiro e utente. Uma vez que o contexto de serviço de urgência envolve situações potenciadoras de stress, é importante que o enfermeiro apresente uma postura que transmita tranquilidade e confiança à criança/jovem e família.

A triagem constitui o primeiro contacto que os enfermeiros estabelecem com a criança/jovem e família em contexto de serviço de urgência, pelo que é importante que se estabeleça uma interação positiva, que facilite a relação terapêutica e a prestação de cuidados. (Diogo et al., 2016)

O EEESIP deve ter como preocupação a gestão emocional da criança/jovem e família, facilitando o autocontrolo e o bem-estar dos mesmos. Para isso, pode adotar estratégias relativas à comunicação e à gestão de emoções como: usar linguagem simples e clara, escutar o outro, ser empático, adotar uma postura calma e carinhosa, mostrar disponibilidade, fornecer explicações e informações e esclarecer dúvidas, favorecer a expressão de sentimentos, dar reforço positivo. (Diogo, 2015)

Segundo CAEP (2013), os enfermeiros na triagem deverão demonstrar flexibilidade, autonomia, assertividade, paciência, compaixão e disponibilidade para ouvir e aprender. No que se refere às características comportamentais, estas incluem: ser defensor do doente; ter capacidade de trabalhar sob pressão; ser organizado; ter capacidade de improvisar; ser intuitivo; ter confiança nos seus juízos; ter capacidade de confiar ou delegar nos seus pares.

Cumulativamente, devido à diversidade de situações e contextos com que se pode deparar, o enfermeiro deve possuir um leque alargado de conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, doenças comuns às várias idades pediátricas, reconhecimento e atuação em situações de instabilidade das funções vitais. Todo este conhecimento baseado na evidência científica, juntamente com a análise da informação recolhida e o seu pensamento crítico, permitir-lhe-á fazer uma avaliação adequada da situação com que se depara, tomar decisões e estabelecer prioridades. (CAEP, 2013)

Segundo o Grupo Português de Triagem (2009), uma sólida avaliação clínica de um utente requer raciocínio e intuição, os quais devem basear-se nos conhecimentos e aptidões profissionais. O processo de tomada de decisão desenvolve-se com a experiência e engloba um conjunto de estratégias como: raciocínio (dedutivo e indutivo), reconhecimento de padrões, formulação repetida de hipóteses, representação mental e intuição (intrinsecamente associada à perícia). Tudo isto permite ao profissional distinguir rapidamente as informações relevantes e testar o raciocínio do diagnóstico, eliminando ou confirmando as

hipóteses, com vista a uma tomada de decisão rápida. (Grupo Português de Triagem, 2009)

Este contexto remete para a perspetiva de Patricia Benner, para quem o conhecimento clínico é conseguido ao longo do tempo. Segundo a autora, à medida que os enfermeiros vão adquirindo mais experiência, o conhecimento torna-se um misto de conhecimentos teóricos e práticos, sendo deste modo desenvolvida uma certa perícia. Deste modo, as experiências concretas passadas guiam as perceções e os atos do perito e permitem-lhe apreender rapidamente a situação. (Benner, 2001)

Ao nível da organização do serviço, este aspeto está presente na forma como está estruturada a integração de novos enfermeiros. Estes iniciam a sua atividade na Sala de Tratamentos, SO, Sala de Pequena Cirurgia e apoio às especialidades e só mais tarde, depois de desenvolvidas algumas competências e perícia e após indicação do chefe de equipa e respetiva formação, é que passarão a prestar cuidados na Sala de Triagem.

A prestação de cuidados na Sala de Tratamentos, SO e Sala de Pequena Cirurgia implica muitas vezes intervenções relacionadas com a administração de terapêutica, colheita de espécimes para análises e realização de outras técnicas que poderão causar desconforto e dor à criança/jovem.

Para os enfermeiros, o controlo da dor, considerada pela DGS em 2003 como 5.º sinal vital, assume-se como um dever e um indicador de boa prática. Dessa forma, torna-se imprescindível diagnosticar a presença e a intensidade da dor, avaliar, intervir e registar. (Ordem dos Enfermeiros, 2013a)

O modelo conceptual de cuidados do EEESIP centra-se na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família. Compete a estes enfermeiros especialistas o reconhecimento da individualidade da dor na criança e a sua variabilidade, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor. (Ordem dos Enfermeiros, 2013a)

As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas e a sua escolha depende dos recursos existentes em cada serviço,

da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de coping, do tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), do contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico) e das suas características (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva). (Ordem dos Enfermeiros, 2013a)

Relativamente a esta temática, no contexto de estágio pude desenvolver as seguintes atividades: recolher informação sobre a história da dor; avaliar a dor nas crianças com recurso a escalas adequadas; adotar estratégias para prevenir a dor; informar e esclarecer a criança e família sobre estratégias de controlo da dor; promover uma comunicação expressiva de emoções; utilizar estratégias não farmacológicas em complementaridade com as farmacológicas no controlo da dor; envolver a família nas estratégias de controlo da dor, quando assim o deseje.

Algumas das intervenções não farmacológicas desenvolvidas em contexto de SUP foram: fornecimento de informação antecipatória; distração (músicas e vídeos infantis, exercícios de respiração, conversa); simulação; massagem; posicionamentos.

Como exemplo posso referir uma situação de prestação de cuidados a uma criança de 10 anos que iria ser submetida a uma punção lombar. Enquanto um outro enfermeiro deu apoio à médica na execução da técnica, que incluiu a administração de fármacos para o controlo da dor, eu estive junto da criança e sua mãe, informei as mesmas sobre estratégias de controlo da dor e procurei envolvê-las no processo. Para além disso, apliquei reforço positivo e promovi a adoção de estratégias não farmacológicas por parte da criança para prevenir a dor, tal como posicionamento adequado e distração com conversa e exercícios de respiração, o que contribuiu para que a criança estivesse mais tranquila e ajudasse à realização do procedimento.

Indo de encontro aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), tendo em atenção os conteúdos abordados sobre o contexto de trabalho em SUP, aprofundei conhecimentos e desenvolvi competências para dar resposta às seguintes exigências:

- a procura constante da empatia no estabelecimento de uma comunicação com a criança/jovem, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;

- a concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização;

- a facilitação de uma comunicação expressiva de emoções

- o rigor técnico-científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória;

- o rigor técnico-científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a mobilização de conhecimentos e habilidades em suporte básico e avançado de vida pediátrico.

Respondendo ainda aos objetivos inicialmente apresentados, e com vista à promoção das competências parentais e da segurança infantil, elaborei uma apresentação sobre a correta colocação das crianças nos sistemas de retenção e transporte, para futuramente ser divulgada aos utentes do SUP que se encontrem na sala de espera. (Apêndice VI – Apresentação “Segurança Infantil”)

Esta foi uma necessidade identificada em conjunto com a enfermeira orientadora e a enfermeira-chefe do serviço, que referiu estar por implementar no SUP o sistema de chamada por senhas. Dessa forma, uma vez que isso implica a existência de um meio de transmissão de informação audiovisual, aproveitar-se-ia também para funcionar como recurso para formação.

Para a realização desse trabalho, estabeleci contacto com a Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) para a obtenção de material informativo e para aferir sobre a possibilidade de a associação autorizar o uso de um dos seus vídeos informativos na apresentação, tendo obtido uma resposta positiva.

A APSI é uma associação privada sem fins lucrativos, com o estatuto de utilidade pública, que tem como missão promover a melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes e assegurar o desenvolvimento de um ambiente promotor de saúde que lhes permita crescer em segurança e desenvolver-se plenamente a nível físico, psico-motor e sociocognitivo. O seu objetivo principal é reduzir o número e a gravidade dos acidentes e das suas consequências nestas faixas etárias.

Procurei assim contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, utilizando metodologias promotoras do estabelecimento de parcerias com os agentes da comunidade. Na promoção da saúde, procurei desenvolver estratégias promotoras da sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para as situações de risco, consequências e sua prevenção e a criação e aproveitamento de oportunidades para facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem. (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

No que se refere ainda ao meu projeto formativo individual, desenvolvi outras atividades que procuraram responder aos objetivos específicos de contribuir para a promoção da parentalidade positiva e da segurança infantil e prevenção de acidentes através de formação à equipa de enfermagem.

Neste sentido, desenvolvi as seguintes atividades:

- Elaboração de uma sessão formativa e respetiva ficha de avaliação destinada à equipa de enfermagem, para divulgação por correio eletrónico interno, sobre conteúdos relativos a temática da parentalidade positiva e da segurança infantil. (Apêndice VII – Formação “Promover uma Parentalidade Positiva”)

- Elaboração de um documento informativo (instrução de trabalho) sobre a temática da parentalidade positiva que foi entregue à enfermeira orientadora e enfermeira-chefe do serviço para posterior divulgação à equipa de enfermagem. (Apêndice VIII – Instrução de Trabalho)

Devido ao contexto orgânico-funcional do serviço, não foi possível realizar uma sessão formativa para a equipa de enfermagem em modo presencial, tal como tinha sido planeado inicialmente. Dessa forma, foi necessário adaptar as estratégias ao contexto e, depois de discutir a questão com a enfermeira orientadora e a enfermeira-chefe, procedi à elaboração da sessão formativa e respetiva ficha de avaliação, as quais foram encaminhadas por correio eletrónico interno pela enfermeira-chefe do serviço a toda a equipa de enfermagem.

Ambas as atividades tiveram parecer positivo por parte da enfermeira orientadora e da enfermeira-chefe do SUP.

Relativamente à apreciação dos enfermeiros do serviço, estes classificaram a formação em Bom e Muito Bom.

Este contexto de estágio foi muito rico em experiências e aprendizagens e contribuiu grandemente para o desenvolvimento das minhas competências comuns e específicas de EEESIP. (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2018)

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolvi uma prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e com a garantia da prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Cumulativamente, desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade e procurei ser facilitadora nos processos de aprendizagem, suportando a prática clínica em evidência científica.

Ao nível da melhoria contínua da qualidade, desenvolvi práticas de qualidade, através da dinamização, operacionalização e avaliação de projetos de acordo com as necessidades do serviço, e garanti um ambiente terapêutico e seguro. Na gestão dos cuidados, desenvolvi competências referentes à melhoria na tomada de decisão, na delegação de tarefas e sua supervisão, na liderança e na gestão de recursos.

No que diz respeito às competências específicas do EEESIP, pude assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, estabelecendo uma parceria de cuidados promotora de uma parentalidade positiva e de uma gestão de saúde responsável; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, reconhecendo situações de instabilidade e fazendo a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem; prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, desde a vinculação até à juventude.

3.3. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

a) CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Serviço de Internamento de Pediatria no qual realizei o meu estágio consiste num Serviço de Cardiologia Pediátrica e tem como missão assegurar assistência cardiológica médico-cirúrgica e de enfermagem completa e integrada a doentes com cardiopatia congénita, desde o feto até à idade adulta.

O serviço é constituído por quatro quartos, com duas camas cada, e três dos quais comunicam entre si. O primeiro quarto à entrada do serviço destina-se ao internamento de jovens adolescentes e a crianças em isolamento.

Tem uma sala com diversas funcionalidades (sala de espera, de atividades recreativas das crianças e de refeições) e dispõe de uma pequena copa, onde os acompanhantes têm acesso a todo o material necessário para a alimentação das crianças.

O serviço tem ainda uma sala destinadas à equipa multidisciplinar onde está guardado material de consumo clínico, terapêutica, processos das crianças e material informático.

A equipa de enfermagem é constituída por 14 enfermeiros, dos quais 4 são EEESIP e um destes assume funções de coordenação do serviço. A enfermeira-chefe é também chefe de outro serviço, razão que justifica a existência no serviço de uma enfermeira-coordenadora.

A equipa médica é constituída por 1 Diretor de Serviço, 7 Cardiologistas Pediátricos, 6 Internos de Cardiologia Pediátrica e 1 Assistente de Pediatria e trabalha em conjunto com as equipas de Cirurgia Cardiorácica e de Anestesia.

O serviço conta ainda com uma equipa de Assistentes Operacionais e com o apoio de: Dietista, Assistente Social, Assistentes Técnicas, Enfermeiras de Reabilitação, equipa de Fisioterapia, Farmacêutico e Técnico de Farmácia, Pároco, Assistentes Operacionais da Copa, Funcionária da Brigada de Limpeza.

b) DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Na primeira semana de estágio, procurei conhecer a dinâmica orgânico-funcional geral da instituição hospitalar e do serviço propriamente dito e consultar os documentos existentes.

Neste âmbito, pude acompanhar uma criança com necessidade de intervenção cirúrgica no percurso do internamento até ao Bloco Operatório, durante a cirurgia e do Bloco Operatório até à Unidade de Cuidados Intensivos, assim como observar os cuidados prestados e a articulação da equipa multidisciplinar.

Adicionalmente, assisti a uma ação de formação sobre a atividade científica desenvolvida pelos enfermeiros da instituição.

Estes aspetos foram discutidos com a enfermeira orientadora, com vista à identificação de possíveis atividades a desenvolver, e, posteriormente, com a enfermeira-chefe do serviço.

Decorrente da análise do funcionamento do serviço e dinâmica da equipa de enfermagem, pude verificar que esta tem já a preocupação pelos conteúdos relacionados com a temática da parentalidade positiva e que estão presentes tanto nos protocolos existentes como na própria prática de cuidados, que envolve o respeito pela criança/jovem e família bem como a parceria de cuidados e a negociação dos mesmos.

Decorrida metade do tempo de estágio, e por questões do próprio serviço, foi necessário reajustar o projeto inicial, tendo-se optado por não realizar a sessão de formação à equipa de enfermagem que estava inicialmente planeada. Por sugestão da professora, foi proposta a realização de um estudo de caso. (Apêndice IX – Estudo de Caso)

A elaboração do estudo de caso, cujo plano de cuidados foi construído segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), procurou evidenciar a atuação do enfermeiro no serviço de internamento de pediatria para com a criança/jovem e família.

A recolha de dados para a elaboração do estudo de caso foi feita por entrevista informal durante a prestação de cuidados e foi solicitada autorização dos pais da criança para a apresentação do trabalho, salvaguardando a confidencialidade e a proteção da identidade dos envolvidos, o que está de acordo com o dever de sigilo do Código Deontológico dos Enfermeiros (Artigo 106.º da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro).

O estágio direcionou-se assim para a prestação de cuidados à criança/jovem e família, com enfoque na promoção da parentalidade positiva, tendo sido formulados os seguintes objetivos:

a) Objetivo Geral:

- Desenvolver competências na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com especial enfoque na promoção da Parentalidade Positiva.

b) Objetivo Específico:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de serviço de internamento de pediatria, com enfoque na promoção da parentalidade positiva.

A doença e a hospitalização da criança são acontecimentos inesperados para as famílias, que causam dor e sofrimento, e podem dificultar a adaptação à parentalidade, uma vez que provocam uma crise na identidade parental com indefinição dos seus papéis. Desse modo, é necessário que o enfermeiro promova a adaptação à parentalidade e incentive a parentalidade durante a hospitalização. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b)

Segundo Jorge (2004), o sofrimento da família pode ser causado pela gravidade da doença da criança/jovem, mas também pela ansiedade em relação ao envolvimento na prestação de cuidados e na capacidade de lidar com as emoções.

Para a família, a hospitalização da criança/jovem implica novas exigências, alterações nas rotinas e readaptações diversas e conflito de sentimentos como medo, culpa e incapacidade por não conseguir responder eficazmente a todas as solicitações. (Jorge, 2004)

Para a criança, a hospitalização implica uma separação em sentido lato, na medida em que pode não ser uma separação da figura parental mas uma separação relativamente ao ambiente familiar físico e afetivo. Para além disso, acarreta consigo algumas restrições que as crianças têm dificuldade em aceitar (dieta, imobilização, tratamentos, ambiente desconhecido...). (Jorge, 2004)

Por esse motivo, a própria vivência da doença da criança e o seu impacto na gestão das suas rotinas diárias devem ser tidos em conta quando se planeia a prestação de cuidados de enfermagem, tendo como objetivo procurar o conforto da criança e capacitar a família para cuidar da criança. (Farrel, 1994)

Para que a criança/jovem e família se adaptem à hospitalização e a aceitem, é necessário que se faça um acolhimento eficaz que promova a confiança destes na equipa e o estabelecimento de uma relação de abertura que conduza à colaboração mútua. (Jorge, 2004)

Na intervenção de enfermagem, é importante conhecer a criança/jovem e família, estabelecer com estes uma relação de proximidade, escutá-los, identificar

as suas emoções, dúvidas, medos e preocupações, apoiá-los na sua capacitação e na procura das suas próprias soluções e reforçar a autoestima destes. (Jorge, 2004)

De forma a assegurar o correto desenvolvimento da criança/jovem hospitalizado, o EEESIP tem o dever de incluir a família nos cuidados a prestar à criança/jovem, tendo como preocupação avaliar a capacidade da família se envolver e se adaptar no exercício da parentalidade à nova situação familiar. Para que esta parceria de cuidados seja plenamente conseguida, o EEESIP deverá identificar as necessidades da criança/jovem, assim como as necessidades, capacidades e dificuldades da família, procurando otimizar a sua resposta por forma a que esta possa desempenhar o seu papel parental durante a hospitalização. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b)

Neste contexto, o desenvolvimento de intervenções de Enfermagem como promover a adaptação dos pais/família à doença, negociar com eles o papel parental, reconhecer os conhecimentos e competências parentais, informar e validar a informação, promover a capacitação parental e assisti-los no sofrimento são contributos essenciais para o processo de adaptação da família ao exercício do seu papel durante a hospitalização. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b)

Segundo Lopes et al. (2010), o apoio na parentalidade positiva deve partir do conhecimento das potencialidades dos pais e considerar os seus pontos fortes e as suas diferenças e visar um comportamento parental positivo e os conhecimentos dos pais para a promoção da saúde e do desenvolvimento da criança/jovem. Isto exige proximidade e acessibilidade do enfermeiro e conhecimentos profundos e especializados sobre a saúde e desenvolvimento infantil e sobre metodologias que permitam um relacionamento positivo e interativo com os pais.

Dessa forma, o EEESIP assume o compromisso de colaborar com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-a de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, capacitando-a para que possa vir a ser o melhor gestor do regime terapêutico da criança/jovem. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b)

Na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008) está referido que a criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos junto dela, dia e noite,

qualquer que seja a sua idade ou o seu estado (artigo 2.º) e que os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho e devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho (artigo 3.º).

A presença dos pais durante o internamento é fundamental para proporcionar à criança a afetividade, segurança e continuidade de cuidados e rotinas de que necessita, diminuindo o sentimento de separação que poderá sentir. (Jorge, 2004)

Para os pais, a presença e participação destes nos cuidados à criança permite diminuir a sua ansiedade e sentimento de culpa em relação à doença, na medida em que acompanham a evolução da situação da criança, e restaurar a sua autoconfiança quanto às competências parentais. (Jorge, 2004)

Para a equipa de profissionais de saúde, a presença dos pais da criança é também benéfica, na medida em que permite a inter-relação entre todos e a parceria de cuidados e a partilha de informação face à criança, à sua situação e ao seu contexto familiar, sociocultural e educativo. (Jorge, 2004)

Nos artigos 4.º e 5.º da Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008) é referido que as crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão e têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde e se manterem como sujeitos ativos.

A incapacidade da criança, face ao seu estágio de desenvolvimento, para exprimir a sua própria autonomia, transfere para os pais o dever da sua representação legal que passa obrigatoriamente pelo consentimento informado dos pais para a realização de determinados procedimentos médicos, terapêuticos e de investigação. Informar os pais sobre os tratamentos a realizar e envolvê-los nas tomadas de decisão é considerado um princípio ético com repercussões em todo o processo de cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b)

Segundo Jorge (2004), o conhecimento e a informação deverão ser partilhados de forma clara entre profissionais e criança/jovem e família para que as ações e escolhas destes últimos possam ser aumentadas e para que estes estejam, sempre que possível, numa posição forte para tomar parte no planeamento e na tomada de decisões.

Mas tão importante como o dever de informar, é o transmitir a informação no momento e de forma mais adequados. Ao comunicar com a criança/jovem e família, o enfermeiro deve ter em conta o estado emocional destes, o desenvolvimento cognitivo e emocional, o seu contexto sociocultural, o seu nível de compreensão e o seu desejo de receber informações. (Jorge, 2004)

Por forma a reduzir os sentimentos mais perturbadores, como o medo, e promover a colaboração da criança/jovem e família, estes devem beneficiar de preparação e suporte, tais como as explicações sobre a necessidade de hospitalização, as pessoas presentes e os procedimentos envolvidos e a forma da criança/jovem e família ajudarem e colaborarem. (Diogo et al., 2016)

Para além disso, outras estratégias poderão também ser desenvolvidas pelos enfermeiros: garantir a privacidade, aceitar as respostas emocionais de dor e medo da criança/jovem e família, preservar o contacto entre a criança/jovem e a família, desenvolver uma escuta ativa e avaliar o que a criança/jovem e família pensam e sentem na experiência de internamento e transmitir uma atitude calma e responsável. (Diogo et al., 2016)

Neste estágio, a comunicação foi assim uma das competências grandemente desenvolvidas. Sendo um dos instrumentos fundamentais da atuação do enfermeiro, influencia e pode condicionar a forma como se processa a relação terapêutica. Foi, por isso, minha preocupação comunicar com a criança/jovem e família de forma eficaz e adequada às idades, estádios de desenvolvimento e dimensão sociocultural, facilitar uma comunicação expressiva de emoções e promotora de uma relação de empatia e confiança entre os intervenientes e estabelecer com estes uma relação baseada no respeito pela sua individualidade, nomeadamente pelos seus princípios, crenças e cultura.

Tal como consta nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), na procura da excelência no exercício profissional, o EEESIP persegue os mais elevados níveis de satisfação da criança/jovem, tendo em conta a parceria de cuidados estabelecida com os pais ou pessoa significativa/prestador informal de cuidados, constituindo-se como elementos importantes:

- o respeito pela informação existente, através da avaliação da estrutura e contexto do sistema familiar, na perspetiva dos pais;

- o respeito pelas crenças e cultura da criança/jovem e família;
- a procura constante da empatia no estabelecimento de uma comunicação com a criança/jovem e família, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;
- o estabelecimento de uma parceria com a criança/jovem e família com vista ao envolvimento, participação/parceria nos cuidados, capacitação e negociação;
- a concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização e/ou vivências de situações de risco/doença crónica;
- a facilitação de uma comunicação expressiva de emoções.

À semelhança do que ocorreu em contexto de SUP, a minha prestação de cuidados no serviço de internamento pediátrico implicou o diagnóstico e prestação de cuidados à criança/jovem e família em situação de doença, a colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, o estabelecimento de uma parceria de cuidados com a criança/jovem e família e de uma relação empática e de confiança, o estabelecimento de uma comunicação efetiva com a criança/jovem e família e facilitadora da expressão de sentimentos e necessidades, o reforço e promoção das competências parentais, a promoção de uma parentalidade efetiva e positiva.

Durante a minha prestação de cuidados, e de acordo com as competências específicas do EEESIP, assisti a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde e implementei e geri em parceria um plano de saúde promotor da parentalidade e da capacidade para gerir o regime. Dessa forma, desenvolvi intervenções que respeitam as experiências, conhecimentos e contributos da criança/jovem e família, tais como: estabelecer confiança e empatia com a criança/jovem e família; demonstrar capacidade para ouvir; promover comunicação efetiva e expressiva de emoções; manter dignidade e privacidade; facilitar capacidade para comunicar necessidades; promover relacionamento positivo; facilitar capacidade dos pais/família para desempenhar papel parental; facilitar capacidade dos pais/família para participar no planeamento e no plano de cuidados; promover o autocuidado e aumento do bem-estar da criança/jovem; envolver a criança/jovem e família no processo de tomada de decisão; promover a capacitação

dos pais/família, através de ensino e orientação; reforçar capacidades parentais e da criança/jovem; reforçar comportamento positivo da criança/jovem e família; promover estratégias promotoras da esperança; promover uma parentalidade efetiva.

Como exemplo da minha prestação de cuidados posso referir uma situação que ocorreu durante o estágio na qual a mãe de uma das crianças internadas no serviço apresentou uma atitude face aos cuidados dificultadora, na medida em que estava desagrada com os cuidados prestados no turno anterior ao meu.

Perante esta situação, demonstrei atenção, capacidade para ouvir e empatia e procurei compreender o porquê daqueles sentimentos e opiniões. Valorizando sempre os conhecimentos e competências parentais, dei continuidade à parceria de cuidados já estabelecida, tentando resolver a razão do desagrado e articulando a participação de todos. No fim, a mãe agradeceu a minha intervenção e demonstrou uma atitude positiva face aos cuidados que prestei. (ver Apêndice IX – Estudo de Caso)

Segundo Jorge (2004), e reforçando o exemplo anterior, os cuidados de enfermagem devem dar resposta às necessidades cognitivas, emocionais e comportamentais dos pais, nomeadamente: ver que os filhos estão a receber cuidados competentes, compreender a situação clínica, sentir que são importantes para os seus filhos e que têm oportunidade de discutir os sentimentos sobre a hospitalização. O enfermeiro tem assim um papel fundamental na ajuda à família para lidar de forma positiva com a situação e mobilizar estratégias de coping.

Devido à diversidade de situações e contextos com que se pode deparar, o EEESIP deve possuir um leque alargado de conhecimentos relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil e suas especificidades consoante as idades, doenças comuns às várias idades pediátricas, reconhecimento e atuação em situações de instabilidade das funções vitais.

Neste aspeto, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos, tendo realizado pesquisa bibliográfica sobre os casos clínicos existentes no internamento e os cuidados prestados e discutido estes aspetos com a enfermeira orientadora e a equipa de enfermagem.

Durante este estágio, pude também diagnosticar e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que podem afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, implementando respostas de enfermagem apropriadas, encaminhando a criança/jovem para outro serviço quando necessário e facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde na criança/jovem e família.

Neste ponto faço referência ao caso de uma criança que necessitou de ser transferida para o Bloco Operatório para ser novamente submetida a uma cirurgia devido a uma complicação que foi diagnosticada aquando da execução de cuidados à ferida cirúrgica que apresentava.

Perante o contexto de hospitalização, o EEESIP deve continuar a atender ao desenvolvimento da criança/jovem e para isso prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem.

Para isso, e respeitando as dimensões do exercício da parentalidade positiva (Conselho da Europa, 2008), o EEESIP deve desenvolver as seguintes intervenções: promover a vinculação, mesmo quando a situação de doença pode dificultar ou condicionar essa relação; promover a satisfação das necessidades físicas da criança (como alimentação, higiene, conforto, repouso); promover a segurança da criança, ao nível da proteção da saúde, prevenção da doença e cuidados na doença; promover o desenvolvimento da criança; estabelecer uma comunicação positiva, objetiva e que respeita a criança/jovem e família e o seu estágio de desenvolvimento, contexto social e cultural.

No que diz respeito à promoção da vinculação, e fazendo referência à Teoria do Apego de Bowlby, cada ser humano tem a tendência desde bebé para se vincular e ligar emocionalmente a outro ser humano cuidador que lhe promova suporte e proteção. Essa ligação que ocorre durante o primeiro ano de vida é fundamental para o desenvolvimento das competências sociais futuras da criança. (Sá, 2003)

Reconhecendo a importância desta evidência e reconhecendo que se integra no conjunto de competências do EEESIP, procurei na minha prestação de cuidados promover a vinculação de forma sistemática. No caso do recém-nascido doente, foi possível promover o conforto e o contacto pele com pele do bebé com os pais pelo método canguru, a participação dos pais nos cuidados ao bebé e conseqüente descoberta das respostas do mesmo e também a promoção da amamentação.

Neste último ponto saliento os ensinamentos que realizei tanto às mães, para promover uma amamentação eficaz, como aos colegas da equipa de enfermagem, para lhes fornecer ferramentas para também eles poderem apoiar as mães neste processo.

Ainda sobre a promoção do desenvolvimento infantil, pude transmitir orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil, nomeadamente: amamentação, alimentação saudável e diversificação alimentar, higiene, hábitos intestinais e cólicas no bebé, hábitos de sono, desenvolvimento infantil, segurança e prevenção de acidentes, vacinação.

Segundo Diogo et al. (2016), a hospitalização origina medos e ansiedades nas crianças, embora estas se adaptem à situação recorrendo a competências pessoais e a estratégias promovidas pelos pais/família e enfermeiros. Para isso, os enfermeiros desenvolvem estratégias confortantes e de lazer como a distração, o jogo e a música, a atividade lúdica, ao mesmo tempo que denotam afeto, carinho, simpatia, sorriso, confiança, positividade, compreensão, empatia e humor. Intervenções como desenhar, contar histórias ou brincar com a criança são especialmente importantes pois ajudam o enfermeiro a transmitir novas informações, esclarecer as dúvidas e apaziguar os medos.

Com o brincar, as crianças afastam momentaneamente os sentimentos de sofrimento, refletem sobre a situação e criam estratégias para um desfecho mais satisfatório da situação. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

É muito importante que a criança tenha oportunidade (tempo, espaço, material) para brincar. Através da brincadeira, a criança é capaz de expressar ideias e sentimentos que lhe causam ansiedade. (Jorge, 2004)

Também durante a minha prestação de cuidados recorri à brincadeira com a criança para poder estabelecer uma relação de confiança e para efetuar também alguns ensinamentos relativos aos cuidados prestados e à situação de saúde da mesma. Para isso, e sempre que possível, recorri às brincadeiras e personagens preferidas da criança.

Muitas das situações com que me deparei no serviço remetem para internamentos de crianças/jovens com necessidade de serem submetidos a intervenção cirúrgica.

Neste ponto, tomei conhecimento que se realiza no serviço a visita pré-operatória às crianças/jovens e família, a qual é realizada na véspera da cirurgia, por um enfermeiro do Bloco Operatório que estará presente na cirurgia.

A preparação da criança para a cirurgia deve ser realizada independentemente da sua idade, do seu estágio de desenvolvimento, da avaliação e da colaboração desta. (Diogo et al., 2016)

Com esta intervenção pretende-se efetuar a apresentação da equipa multidisciplinar e a explicação dos procedimentos no dia da cirurgia por forma a facilitar o acolhimento da criança/jovem e família, favorecer uma maior confiança e, conseqüentemente, diminuir a ansiedade e o medo relativo à cirurgia. Para isso, para além da transmissão de informação, o enfermeiro recorre à brincadeira lúdica com material, brinquedos e livros de histórias que fazem referência ao ambiente hospitalar, nomeadamente ao Bloco Operatório.

A preparação para a hospitalização e para a cirurgia realizada pelos enfermeiros, integrados numa equipa multidisciplinar, proporciona a aquisição de competências para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida e diminuir a ansiedade e desmistificar medos, uma vez que a criança/jovem terá sempre mais medo daquilo que não conhece. Também para a família, a possibilidade de uma cirurgia é fator de ansiedade e medo, nomeadamente no que diz respeito à separação da criança/jovem, às preocupações com o procedimento, anestesia, dor. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

A preparação da criança/jovem deve ter em consideração a sua faixa etária e desenvolvimento, o motivo da cirurgia, a experiência hospitalar prévia e a capacidade de cooperação dos pais/família e a informação transmitida deve ser clara e inteligível. Os pais/família deverão estar também presentes, na medida em que desempenham um papel importante no incentivo à comunicação e à expressão de sentimentos e necessidades por parte da criança/jovem e também no apoio afetivo, sentimento de segurança, reforço de expectativas positivas e na forma como a criança lida com a situação. Simultaneamente, também eles necessitam de suporte, conselho e orientação. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

A prestação de cuidados no Serviço de Internamento de Pediatria implicou muitas vezes intervenções relacionadas com a administração de terapêutica e realização de outras técnicas que podem causar desconforto e dor à criança/jovem.

Tal como já referi anteriormente, o modelo conceptual de cuidados do EEESIP centra-se na necessidade de preservação da segurança e bem-estar da criança/jovem e família e compete a este enfermeiro o reconhecimento da individualidade da dor na criança/jovem e a sua variabilidade, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor. (Ordem dos Enfermeiros, 2013a)

Relativamente a esta temática, no serviço de internamento de pediatria pode desenvolver as seguintes atividades: recolher informação sobre a história da dor; avaliar a dor na criança/jovem com recurso a escalas adequadas; adotar estratégias para prevenir a dor; informar e esclarecer a criança/jovem e família sobre estratégias de controlo da dor; promover uma comunicação expressiva de emoções; utilizar estratégias não farmacológicas em complementaridade com as farmacológicas no controlo da dor; envolver a família nas estratégias de controlo da dor, se assim o desejar.

Algumas das intervenções não farmacológicas para controlo da dor desenvolvidas com recém-nascidos foram:

- controlo ambiental da luz e ruído
- posicionamento adequado que promova alguma contenção e a organização comportamental do recém-nascido
- massagem - provoca relaxamento, conforto e regularização dos parâmetros vitais;
- contacto físico dos pais com o recém-nascido - para atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor
- método canguru – reduz a duração do choro, promove a organização comportamental e a regularização dos parâmetros vitais
- sucção não nutritiva – inibe a hiperatividade e modula o desconforto do recém-nascido

(Ordem dos Enfermeiros, 2013a)

Algumas das intervenções não farmacológicas para controlo da dor desenvolvidas com crianças/jovens foram:

- fornecimento de informação antecipatória – informação clara, simples e honesta sobre o procedimento e adequada à idade da criança/jovem, com o objetivo de diminuir a ansiedade e o medo e aumentar o seu autocontrolo

- distração – técnica que direciona a atenção para situações não dolorosas, como leitura, música, visualização de vídeos, exercícios de respiração, conversa, promovendo o autocontrolo

- simulação – demonstração do procedimento por outra pessoa, permitindo informar acerca do procedimento e promover estratégias de autocontrolo e redução da ansiedade

(Ordem dos Enfermeiros, 2013a)

Neste estágio, decorrente da minha prestação de cuidados, pude desenvolver as seguintes competências comuns de EEESIP: desenvolver uma prática profissional, ética e legal de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; garantir a melhoria contínua da qualidade mobilizando conhecimentos e habilidades e garantindo um ambiente terapêutico e seguro; gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa; basear a praxis clínica em evidência científica.

Ao nível do meu desenvolvimento pessoal e profissional, pude também desenvolver competências de melhoria da liderança e da gestão de recursos e de autoconhecimento e assertividade.

Relativamente às competências específicas de EEESIP, pude também desenvolver as seguintes competências: assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, estabelecendo uma parceria de cuidados promotora de uma parentalidade positiva, da otimização da saúde e da gestão do regime; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, reconhecendo situações de instabilidade das funções vitais, fazendo a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas e providenciando cuidados promotores da majoração dos ganhos em saúde e promovendo a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica; prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem desde a vinculação até à juventude.

4. CONCLUSÃO

Este relatório surgiu no âmbito da UC Estágio Final e Relatório do 14.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o qual permite em simultâneo o desenvolvimento profissional e académico dos enfermeiros.

A inscrição neste curso está em consonância com o meu percurso profissional até à data e com as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, na medida em que procurei dar resposta às minhas necessidades de formação, desenvolvendo processos de formação contínua, adotando uma atitude reflexiva sobre as práticas e procurando um aperfeiçoamento contínuo das mesmas. (Ordem dos Enfermeiros, 2015c)

Ao frequentar o curso, pude desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido, criança e adolescente, especialmente dirigidas para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença. (UCP, 2017)

Para tal, e respondendo aos objetivos gerais deste ciclo de estudos, desenvolvi a minha atividade em variados contextos, numa vertente de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, e visando a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença e o alívio do sofrimento, face a questões complexas e em contextos de assistência especializada.

Simultaneamente, respeitando sempre os valores éticos e deontológicos da profissão e demonstrando uma visão integradora e transformadora da assistência em saúde, desenvolvi projetos adequados às necessidades da população e das instituições, promovendo uma cultura científica, de inovação e criatividade e que respeita e integra a individualidade da pessoa e do seu contexto.

Todo este percurso académico e profissional superou as minhas expectativas iniciais e contribuiu grandemente para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

Desde o início do curso, pude desenvolver conhecimentos e competências na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica importantes para a fundamentação e sedimentação da minha prática de cuidados e aplicar esse saber em contextos diferentes da minha prática profissional. Tudo isto favoreceu a consciência crítica e a reflexão acerca da minha prática de cuidados e das

implicações e responsabilidades éticas e sociais que dela resultaram e contribuiu para a preocupação com essas questões e reflexões na prática futura, promovendo a aprendizagem ao longo da vida. (UCP, 2017)

Os diferentes contextos de prática clínica foram preciosos para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, pelas variadas oportunidades de aprendizagem que proporcionaram e que permitiram a mobilização e desenvolvimento das dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e investigação. (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Estes possibilitaram-me também conhecer a criança/jovem e família em diferentes contextos de atuação da Enfermagem, assim como ter contacto com diferentes famílias e comunidades, ricas de individualidade, e que todas elas são alvo dos cuidados do EEESIP.

Conhecer a criança/jovem e família é de extrema importância para o EEESIP, pois permite adequar os cuidados a prestar e as orientações a fornecer.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), os cuidados de Enfermagem assumem atualmente uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização cada vez mais uma realidade. Neste sentido, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados numa das áreas de especialidade.

O meu percurso de aprendizagem permitiu o desenvolvimento das competências de EEESIP, nomeadamente no que diz respeito a conhecer as respostas da criança/jovem e família aos processos de vida e problemas de saúde, implementar soluções adequadas às necessidades, efetuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e avaliando a sua eficácia através da utilização de indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2013b)

Todo este trabalho, bem como a realização da scoping review contribuíram para o desenvolvimento de uma prática baseada em evidência científica e para o sedimentar da temática de todo o meu percurso.

Os diferentes projetos desenvolvidos nos vários contextos de estágio permitiram contribuir para a clarificação e orientação do meu percurso no contexto do desenvolvimento de competências na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob a temática da promoção da parentalidade positiva.

Promover a parentalidade positiva é essencial para o desenvolvimento da família, na medida em que garante o respeito pela criança e pelos seus direitos.

Atuando num modelo de proximidade e de parceria com a criança e família, o enfermeiro assume um papel importante no apoio a essa mesma parentalidade positiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, M.J., Fernández, D., Gómez-Salgado, J., Rodriguez-Gonzalez, D., Rosón, M., & Lapena, S. (2017). The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 69,119-136: doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.02.009
2. American Academy of Pediatrics (2005). *Your baby's first year*. New York: American Academy of Pediatrics.
3. Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) (2017). *Relatório de Avaliação da Segurança Infantil em Portugal*. Recuperado em 2021, outubro 23, de https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf
4. Balakrishna, R., Teixeira, M., Meyrick, J., & Hart, R. (2019). Can infant massage programmes improve attachment between mother and baby?. *Community Practitioner*,92(5),45-47.
5. Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
6. Brazelton, T.B. (2009). *O grande livro da criança (11.ª ed.)*. Lisboa: Editorial Presença.
7. Brazelton, T.B., & Sparrow, J.D. (2004). *O método Brazelton: A criança e o choro*. Lisboa: Editorial Presença.
8. Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) (2013). *The Canadian Triage and Acuity Scale – combined adult/paediatric educational program: participant's manual*. Recuperado em 2021, outubro 23, de https://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf
9. Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: Glasper, E. & Tucker, A. – *Advances in child health nursing*. London: Scutari Press.
10. Conselho da Europa (2006). *Recomendação Rec (2006) 19 do Comité de Ministros do Conselho da Europa para os Estados-Membros sobre a política de apoio à parentalidade positiva*. Recuperado em 2021, agosto 9, de <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/19464/Recomendação+2006/e36ba3eb-d849-4ebb-9827-688de3e92f94>

11. Conselho da Europa (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.
12. Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2.ª ed.)*. Loures: Lusodidacta.
13. Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.
14. Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.
15. Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
16. Direção-Geral da Saúde (DGS) (2018). *Norma nº 002/2018 de 09/01/2018: Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. Lisboa: DGS.
17. Farrel, M. (1994). Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. *Nursing*, 74, 27-28.
18. Field, T. (2019). Pediatric massage therapy research: a narrative review. *MDPI: Children*, 6 (78): doi:10.3390/children6060078.
19. Grupo Português de Triagem (2009). *Triagem no serviço de urgência: protocolo de triagem de Manchester (2.ª ed.)*. Amadora: Grupo Português de Triagem.
20. Instituto de Apoio à Criança (IAC) (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Recuperado em 2021, outubro 23, de https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/07/carta_crianca_hospitalizada.pdf
21. Jorge, A.M. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.
22. Lopes, M.S.O.C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa.
23. Lopes, M.S.O.C., Catarino, H., & Dixe, M.A. (2010). Parentalidade positiva e enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 109-118.
24. Lopes, M.S.O.C., & Dixe, M.A.C.R. (2012). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 787-795.

25. Lu, L.C., Lan, S.H., Hsieh, Y.P., Lin, L.Y., Chen, J.C., & Lan, S.J. (2020). Massage therapy for weight gain in preterm neonates: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39,101168.
26. Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
27. Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
28. Niemi, A. (2017). Review of randomized controlled trials of massage in preterm infants. *MDPI: Children*, 4(4), 21. doi:10.3390/children4040021.
29. Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
30. Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume II*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
31. Ordem dos Enfermeiros (2012). *Parecer MCEESIP n.º 6/2012 – Formação sobre massagem para pais com os filhos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
32. Ordem dos Enfermeiros (2013a). *Guia orientador de boa prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
33. Ordem dos Enfermeiros (2013b). *Parecer MCEESIP n.º 11/2013 – Consultas da competência de um enfermeiro especialista asseguradas por um enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
34. Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
35. Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Guia orientador de boa prática – adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

36. Ordem dos Enfermeiros (2015c). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 190/2015)*. Diário da República n.º 79/2015, série II de 2015-04-23.
37. Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIFE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
38. Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
39. Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018)*. Diário da República, n.º 133/2018, série II de 2018-07-12.
40. Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019)*. Diário da República, n.º 26/2019, série II de 2019-02-06.
41. Relvas, A.P. (2004). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica* (3.ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
42. Ruivo, M.A.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 38p.
43. Sá, E. (2003). *Psicologia do feto e do bebé*. Lisboa: Fim de Século.
44. UCP (2017). *Regulamento do mestrado em enfermagem*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
45. UNICEF (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

APÊNDICES

RESUMO

Objetivo: Mapear o conhecimento científico produzido sobre as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva, em qualquer contexto de atuação dos enfermeiros.

Introdução: Promover a parentalidade positiva é essencial para o desenvolvimento da família, célula base da sociedade, na medida em que garante o respeito pelas crianças e pelos seus direitos. Atuando num modelo de proximidade e de parceria com a criança e família, o EEESIP assume um papel importante no apoio a essa mesma parentalidade positiva.

Crítérios de Inclusão: Estudos que abordem as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva, em qualquer contexto de atuação dos enfermeiros.

Método: A metodologia da scoping review segue as recomendações propostas pelo The Joanna Briggs Institute (2020). Foram considerados todos os estudos publicados e não publicados com base nos critérios de inclusão, recorrendo-se às bases de dados via EBSCO, sem limitação das bases de dados, e à literatura cinzenta, nos idiomas português, inglês e espanhol e sem limite temporal. A pesquisa nas diferentes bases de dados obteve um total de 448 estudos e mais outros 4 no Google Académico. Depois de excluídos os artigos duplicados e de realizada a seleção pela leitura dos títulos e resumos, obtiveram-se 9 artigos que passaram pela leitura na íntegra. Dos 9 textos lidos integralmente, 2 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão e não atenderem aos objetivos, pelo que foram incluídos 7 artigos na presente revisão. Procedeu-se depois à extração dos dados.

Resultados: Obtiveram-se 7 estudos para a análise, um dos quais uma revisão sistemática da literatura. No primeiro estudo, os resultados indicaram a validação das áreas de intervenção de enfermagem, a existência de programas estruturados no apoio aos pais e as intervenções consideradas efetivas nesse apoio.

Após análise dos resultados, obtiveram-se três grupos distintos:

- Intervenções de apoio ao exercício da parentalidade positiva, que foram agrupadas em sete categorias de apoio (necessidades físicas da criança;

segurança da criança; desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança; comunicação positiva com a criança; disciplina positiva da criança; adaptação à parentalidade; interação positiva com os pais)

- Recursos de apoio aos pais, com três categorias de resposta: serviços de saúde; projetos e programas; materiais e estratégias.

- Intervenções de apoio indireto ao exercício da parentalidade positiva, com duas categorias: intervenções centradas na criança e recursos de apoio aos profissionais.

A revisão sistemática da literatura referente ao segundo documento teve como objetivo mapear a evidência disponível sobre a atuação do profissional de enfermagem no cuidado à primeira infância por meio do desenvolvimento da parentalidade. Foram incluídos 19 estudos que mostraram que a atuação dos enfermeiros perpassa por nove dimensões: promotor da construção do papel parental; orientações e apoio para implementação de cuidados de saúde físicos; orientações para promoção de ambiente seguro; aplicação de teorias, princípios e métodos dos programas materno-infantis; estabelecimento de relações terapêuticas; implementação da gestão da atenção materno-infantil; promoção de acesso à rede de apoio; orientação para o curso da vida das figuras parentais; uso de evidências científicas para orientar a prática.

Os outros cinco documentos dizem respeito à promoção de competências parentais em diferentes fases do desenvolvimento infantil. Em todos eles se reconhece que promover as competências parentais é importante para aumentar o conhecimento dos pais/família sobre as capacidades e necessidades de desenvolvimento das crianças e para melhorar as competências parentais no cuidado das mesmas. É referido também que as práticas de parentalidade positiva são importantes para promover o crescimento e desenvolvimento da criança.

Conclusão: Apesar da limitação na generalização dos resultados, este trabalho de pesquisa contribui significativamente para o enriquecimento da Enfermagem através da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e de uma praxis clínica baseada na evidência, da promoção do desenvolvimento infantil e juvenil e contribui para um modelo conceptual de parceria de cuidados e promoção das competências parentais.

Palavras-chave: Parentalidade positiva, intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To describe and analyze the available scientific literature on nursing interventions that promote positive parenting, in any context in which nurses work.

Introduction: Promoting positive parenting is essential for the development of the family, the basic cell of society, as it guarantees the respect for the children and for their rights. Acting in a model of proximity and partnership with the child and family, EEESIP plays an important role in supporting this same positive parenting.

Inclusion criteria: Literature about nursing interventions that promote positive parenting, in any context in which nurses work.

Method: Scoping review according to The Joanna Briggs Institute methodology (2020). It was taken into consideration both published and unpublished literature based on the inclusion criteria, available at EBSCO and gray literature, in portuguese, english and spanish, regardless of their publication date. The search in the different databases obtained a total of 448 studies and another 4 in Google Scholar. After excluding duplicate articles and performing selection by reading titles and abstracts, 9 articles were obtained that were read in full. Of the 9 texts read in full, 2 were excluded because they did not meet the inclusion criteria and did not meet the objectives, so 7 articles were included in this review. The data was then extracted.

Results: Seven studies were obtained for analysis, one of which was a systematic literature review. In the first study, the results indicated the validation of the areas of nursing intervention, the existence of structured programs to support parents and the interventions considered effective in this support.

After analyzing the results, three different groups were obtained:

- Interventions to support the exercise of positive parenting, that were grouped into seven categories of support (child's physical needs; child safety; child development, behavior and stimulation; positive communication with the child; positive child discipline; adaptation to parenting; positive interaction with parents)
- Parent support resources, with three response categories: health services; projects and programs; materials and strategies.
- Interventions to indirectly support the exercise of positive parenting, with two categories: child-centered interventions and resources to support professionals.

The systematic review of the literature referring to the second document aimed to map the available evidence on the role of nursing professionals in early childhood care through the development of parenting. Nineteen studies were included, which showed that nurses' work involves nine dimensions: promoting the construction of the parental role; guidance and support for implementing physical health care; guidelines for promoting a safe environment; application of theories, principles and methods of maternal and child programs; establishment of therapeutic relationships; implementation of maternal and child care management; promotion of access to the support network; guidance for the life course of parental figures; use of scientific evidence to guide practice.

The other five documents concern the promotion of parenting skills at different stages of child development. In all of them, it is recognized that promoting parenting skills is important to increase parents'/family's knowledge of children's abilities and developmental needs and to improve parenting skills in caring for them. It is also mentioned that positive parenting practices are important to promote the child's growth and development.

Conclusion: Despite the limitation in the generalization of the results, this research work significantly contributes to the enrichment of Nursing through the continuous improvement of the quality of care and an evidence-based clinical praxis, the promotion of child and youth development and contributes to a model concept of partnership in care and promotion of parenting skills.

Keywords: Positive parenting, nursing interventions.

INTRODUÇÃO

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2015 (Ordem dos Enfermeiros, 2016: 143), a família consiste num “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

Na sua vivência, a família passa por diferentes etapas do ciclo de vida familiar, as quais constituem fases de transição, com maior ou menor grau de vulnerabilidade.

Uma dessas fases de transição é precisamente o nascimento dos filhos, com a qual se inicia uma nova fase de transição do ciclo vital familiar, que passa da função conjugal para a função parental, e que acarreta nova definição de papéis, prioridades e estratégias. (Relvas, 2004)

Segundo a CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2016: 71), a parentalidade é um foco de enfermagem que consiste em “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”.

Tal como é apresentado na Recomendação Rec (2006) 19 do Comité de Ministros do Conselho da Europa (2006), a família é o núcleo fundamental da sociedade, com uma importante função de suporte e adaptação, e a parentalidade desempenha um papel essencial na sociedade e no futuro desta. Dessa forma, é importante promover uma parentalidade positiva como parte essencial do apoio disponibilizado à parentalidade e como um meio para garantir o respeito e a implementação dos direitos das crianças.

Segundo a mesma recomendação, entende-se por parentalidade positiva um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança, que assegura a satisfação das suas necessidades e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica o estabelecimento de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento. O conceito de parentalidade positiva baseia-se assim no princípio

de que os progenitores devem proporcionar às suas crianças: sustento; estrutura e orientação; reconhecimento, empoderamento e autonomia; educação não violenta. (Conselho da Europa, 2006)

Segundo o Conselho da Europa (2008), o exercício da parentalidade positiva compreende cinco dimensões, as quais procuram dar resposta às necessidades da criança e contribuir para o seu desenvolvimento harmonioso. Temos assim:

- Compreender as necessidades físicas da criança (satisfação de necessidades básicas como alimentação, repouso e higiene);
- Promover a segurança da criança (proteção da saúde, prevenção da exposição aos perigos e cuidados na doença);
- Promover o desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança;
- Comunicar de forma positiva com a criança (desenvolvimento da interação entre pais e crianças e adoção de relacionamentos de afeto e amor);
- Exercer uma disciplina positiva (promoção do autocontrole e estabelecimento de limites à criança com consistência e amor).

Atuando num modelo de proximidade e de parceria com a criança e família, o EEESIP ocupa uma posição privilegiada na promoção da parentalidade positiva.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017:4), a definição do conceito metaparadigmático de pessoa é especificado nesta área sob o binómio a criança/jovem e a família, pelo que se entende por criança “toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, ou 25 anos e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso”.

A família compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, sendo os pais os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados, o que não exclui a importância de outras pessoas significativas ou cuidadores. Nesta perspetiva, todos desempenham um importante papel no crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e são, juntamente com esta, alvo da intervenção do EEESIP. (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos

Enfermeiros, 2018:19192), “este utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. (...) O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.”

Este aspeto está de acordo com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, para quem é fundamental centrar os cuidados de enfermagem pediátrica não só na criança, como também na sua família, defendendo que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, sendo respeitado o seu conhecimento e experiência no cuidado aos filhos e valorizado o seu contributo na prestação de cuidados à criança. (Casey, 1993)

Este modelo constitui uma filosofia de cuidados de enfermagem que reconhece e valoriza a importância da família para o bem-estar da criança, na qual os cuidados são negociados com estes.

Segundo Anne Casey, o papel do enfermeiro é o de fornecer apoio, ensino e encaminhamento à família para que esta possa satisfazer as necessidades da criança. As estratégias de apoio procuram a negociação e o envolvimento da família nos cuidados a prestar à criança, o que se dá pelo desenvolvimento da relação de ajuda entre criança, família e enfermeiro. (Casey, 1993)

Tudo isto remete para a importância do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da importância do trabalho em conjunto com a criança e família, para que, detendo conhecimentos sobre o desenvolvimento e competências da criança e sobre o contexto de transição para a parentalidade, possa promover estratégias promotoras de uma transição saudável e positiva, que envolvam a família de forma ativa. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A parentalidade positiva é um projeto de saúde para os pais e crianças e o apoio de enfermagem pode visar a promoção da confiança dos pais, a ajuda nas suas dificuldades e a educação de comportamentos saudáveis. (Lopes, 2012)

Segundo Lopes e Dixe (2012), a promoção de competências de parentalidade positiva é uma estratégia de prevenção de maus-tratos infantis e de promoção do desenvolvimento da criança. Para além disso, é ainda fundamental para aumentar a autoestima e autoconfiança da criança. (Lopes et al., 2010)

Na sequência desta reflexão, surge a intenção de mapear o conhecimento científico produzido sobre as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva, com a realização de uma scoping review.

Após uma pesquisa preliminar em The Joanna Briggs Institute (JBI), Prospero e Cochrane, não foram encontradas revisões sistemáticas da literatura ou protocolos de revisão que obedecem à mesma questão de investigação.

QUESTÃO DE REVISÃO

Mapear o conhecimento científico produzido sobre as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva, em qualquer contexto de atuação dos enfermeiros.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A realização desta scoping review foi baseada na metodologia apresentada pelo The Joanna Briggs Institute (JBI, 2020). Os critérios de inclusão foram elaborados de acordo com esta metodologia, com base na mnemónica PCC – população, conceito e contexto.

População: Estudos cuja população seja constituída por enfermeiros.

Conceito: Estudos que abordem intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva.

Contexto: Estudos realizados em qualquer dos contextos de atuação dos enfermeiros.

Tipos de Estudo: Foram considerados estudos primários e secundários, de natureza quantitativa ou qualitativa, que respondiam à questão de revisão e nos idiomas português, inglês ou espanhol e sem limite temporal. Foram excluídos

artigos de opinião, relatos de experiência, comentários, anúncios publicitários, editoriais ou cartas ao editor.

MÉTODO

A estratégia de pesquisa foi estabelecida de acordo com as etapas sugeridas pelo *JBIM Manual for Evidence Synthesis (2020)* e teve como objetivo localizar estudos primários e secundários publicados e não publicados.

Numa primeira fase foi feita uma **pesquisa** nas bases de dados eletrônicas através da plataforma EBSCO, de forma a explorar o tema e a identificar os termos e palavras-chave mais comuns contidos no título e resumo dos artigos.

Seguidamente, foi feita a pesquisa principal nas bases de dados da plataforma EBSCO, sem limitação das bases de dados, utilizando as palavras-chave previamente identificadas e os descritores previamente validados.

A pesquisa foi efetuada segundo a seguinte equação de pesquisa:

#1	“nurs* role” OR “nurs* intervention”	172 358
#2	“positive parenting”	39 439
#3	(“nurs* role” OR “nurs* intervention”) AND “positive parenting”	448

Quadro 1. Pesquisa realizada a 19/04/2022, nas bases de dados da plataforma EBSCO.

Por fim, foram consultadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados com o intuito de perceber se existiam mais documentos que deveriam ser incluídos no estudo. De forma a complementar a análise e a incluir estudos não publicados ou de difícil acesso, foi realizada pesquisa na literatura cinzenta, nomeadamente no Google Académico.

Foram considerados estudos em português, inglês ou espanhol. Com o intuito de abranger o máximo de conhecimento científico disponível não existiram limitações quanto à data de publicação.

O processo de **seleção** iniciou-se com a seleção dos artigos através da exclusão dos estudos repetidos, seguida da leitura e avaliação do título e resumo. Essa seleção dos artigos foi feita tendo em conta os critérios de inclusão pré-definidos, por dois revisores independentes.

Posteriormente foi feita a leitura integral dos artigos selecionados, sendo integrados na amostra final aqueles que respeitaram os critérios de inclusão e responderam à questão de investigação.

Procedeu-se depois à **extração dos dados**, de acordo com o objetivo e questão de revisão. A informação recolhida incluiu dados sobre a população, o conceito, o contexto, os métodos e os principais resultados e conclusões relevantes para responder à questão da revisão.

Foi construído um instrumento de extração de dados para resumir de forma lógica e descritiva os resultados, tendo em conta o objetivo e a questão de revisão.

Os artigos selecionados foram analisados através do instrumento construído e foi realizada uma **análise** descritiva e comparativa dos resultados com uma síntese narrativa, tendo em conta o objetivo e a questão de revisão.

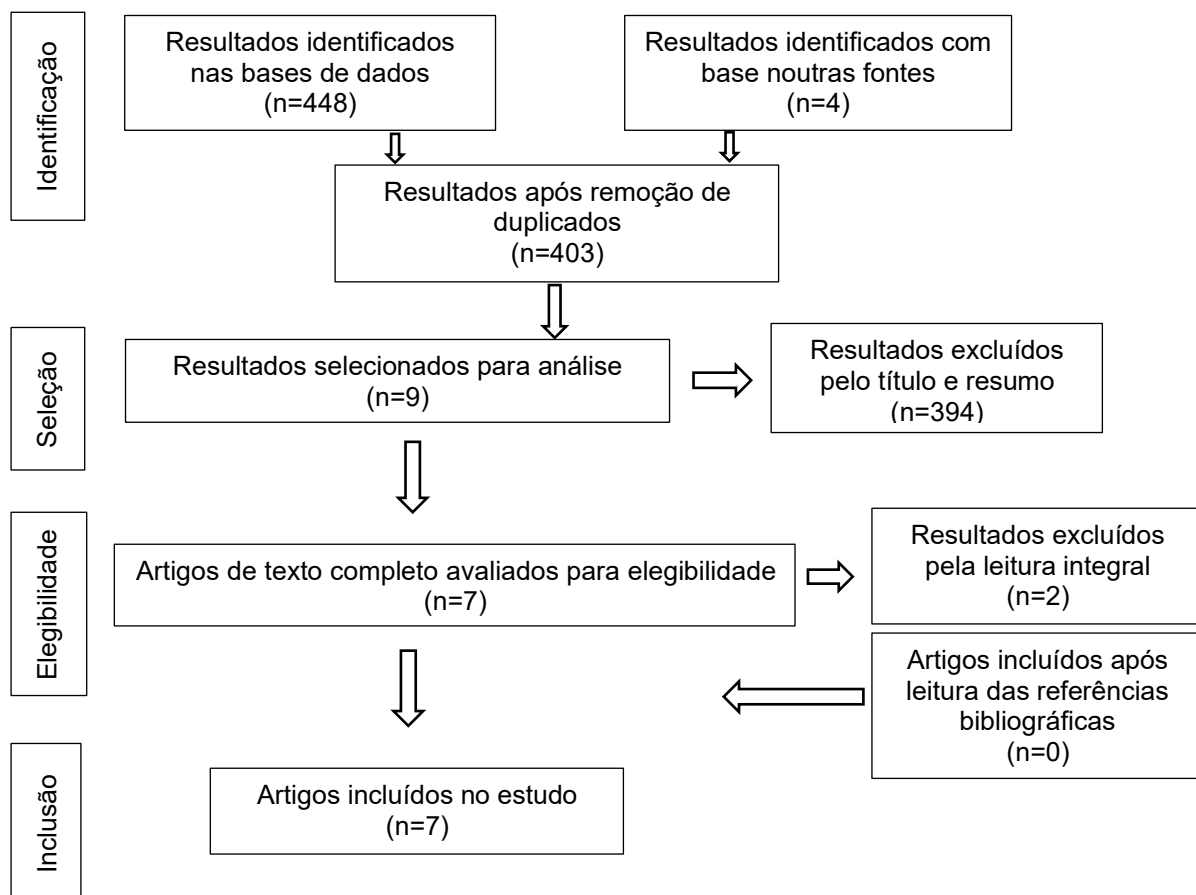


Figura 1: Diagrama de fluxo de Itens de Relatórios preferidos para Revisões Sistemáticas e Meta-análises para Scoping Reviews (PRISMA-ScR). Adaptado de Page et al., (2021).

RESULTADOS

Após pesquisa nas bases de dados da plataforma EBSCO, foram encontrados 448 artigos. Decorrente da pesquisa na literatura cinzenta, nomeadamente no Google Académico, foram identificados outros 4. No total da pesquisa resultaram 452 artigos. Após serem retirados os duplicados, identificaram-se 403 artigos.

Posteriormente procedeu-se à leitura do título e resumo. Após esse procedimento, foram excluídos 394 artigos por não responderem aos critérios de inclusão. Dos 9 artigos resultantes, procedeu-se à leitura integral dos mesmos, tendo sido excluídos 2 por não respeitarem os critérios de inclusão estabelecidos.

Após a consulta da bibliografia dos 7 estudos selecionados, não foi incluído mais nenhum estudo ficando um total de 7 estudos para a análise.

Nos quadros abaixo encontram-se representados os resultados dos 7 artigos selecionados.

E1 – APOIAR NA PARENTALIDADE POSITIVA: ÁREAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	
Autores	Lopes, M.S.O.C.
Ano de Publicação	2012
País	Portugal
Objetivo	Trabalho composto por três estudos sobre a temática da parentalidade positiva. O terceiro estudo teve como objetivo determinar áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais.
População e Amostra	43 enfermeiros peritos a exercer funções em centros de saúde e hospitais pediátricos, com os seguintes critérios de inclusão: -mais de 3 anos de profissão na área da saúde infantil e juvenil -com uma especialidade em enfermagem ou responsabilidades de gestão de cuidados de enfermagem -indicados para o estudo pelos dirigentes dos serviços/instituições
Conceito	Áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais.
Contexto	Centros de Saúde e hospitais especializados pediátricos

Metodologia	<p>Estudo descritivo através da aplicação de um questionário a uma amostra não probabilística de 43 enfermeiros peritos sobre as áreas em que os pais necessitam de apoio. O questionário compreendia 22 questões de resposta abertas e outras de resposta mista, divididas por 2 grupos. O primeiro grupo debruçou-se sobre a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes no estudo e o segundo sobre as áreas de apoio a pais de crianças até aos três anos de idade no exercício da parentalidade positiva, incluindo a existência ou não nas instituições de programas estruturados de apoio aos pais.</p>
Principais Resultados	<p>Os resultados indicaram a validação das áreas de intervenção de enfermagem, a existência de programas estruturados no apoio aos pais e as intervenções consideradas efetivas nesse apoio.</p> <p>Após análise dos resultados, obtiveram-se três grupos de categorias principais de intervenções consideradas efetivas no apoio aos pais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenções de apoio ao exercício da parentalidade positiva, que foram agrupadas em sete categorias de apoio (necessidades físicas da criança; segurança da criança; desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança; comunicação positiva com a criança; disciplina positiva da criança; adaptação à parentalidade; interação positiva com os pais) - Recursos de apoio aos pais, com três categorias de resposta: serviços de saúde; projetos e programas; materiais e estratégias. - Intervenções de apoio indireto ao exercício da parentalidade positiva, com duas categorias: intervenções centradas na criança e recursos de apoio aos profissionais.

	<p>Os recursos da categoria serviços de saúde são as consultas de vigilância, visitas domiciliárias, cantinhos no centro de saúde, atendimento nas necessidades dos pais e vacinação.</p> <p>Existem programas estruturados de apoio aos pais em todas as dimensões do exercício da parentalidade positiva.</p> <p>Os projetos e programas de apoio aos pais são, maioritariamente, de acompanhamento e educativos, durante a gravidez e primeiro ano da criança.</p> <p>Os materiais e métodos utilizados são: material de leitura, sessões educativas, terapia interativa, grupos de pais e meios de comunicação social.</p>
Principais Conclusões	<p>Todos os itens das cinco dimensões do exercício da parentalidade positiva são áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais para esse exercício, com uma concordância da maioria dos enfermeiros peritos.</p> <p>São desenvolvidas intervenções consideradas efetivas no apoio ao exercício da parentalidade positiva para todas as dimensões deste exercício e para a adaptação à parentalidade e interação positiva com os pais.</p> <p>Estes resultados contribuem para uma prática com mais qualidade, para um ensino mais direcionado para as necessidades da população e para uma investigação mais produtiva.</p>

E2- Atuação da enfermagem para o desenvolvimento da parentalidade na primeira infância: revisão sistemática de escopo	
Autores	Reticena, K.O.; Yabuchi, V.N.T.; Gomes, M.F.P.; Siqueira, L.D.; Abreu, F.C.P.; Fracolli, L.A.
Ano de Publicação	2019
País	Brasil

Objetivo	Mapear a evidência disponível sobre a atuação do profissional de enfermagem no cuidado à primeira infância por meio do desenvolvimento da parentalidade.
População e Amostra	Enfermeiros
Conceito	Desenvolvimento da parentalidade
Contexto	Prestação de cuidados à primeira infância
Metodologia	<p>Revisão sistemática da literatura, com seleção de estudos sobre a atuação de profissionais de enfermagem (“P”) contemplando o desenvolvimento da parentalidade (“C”), no contexto de cuidados à primeira infância (“C”), segundo as etapas sugeridas pelo The Joanna Briggs Institute. Foi incluída toda a literatura existente em português, inglês e espanhol, sem limite temporal. Os bancos de dados e as fontes pesquisadas foram: banco de dados de revisões sistemáticas do Instituto Joanna Briggs, banco de dados de revisões sistemática Cochrane, PubMed/MEDLINE, <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i> (CINAHL) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A pesquisa de estudos não publicados incluiu: <i>Google Scholar</i> e bancos de dissertações e teses diversos.</p> <p>A estratégia de pesquisa incluiu descritores e palavras-chave com os conectores booleanos AND e OR.</p> <p>A pesquisa nas diferentes bases de dados obteve um total de 477 estudos e mais outros 10 em outras fontes. Depois de excluídos os artigos duplicados e de realizada a seleção pela leitura dos títulos e resumos, obtiveram-se 49 artigos que passaram pela leitura na íntegra. Dos 49 textos lidos integralmente, 30 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão e não atenderem aos objetivos, pelo que foram incluídos 19 artigos na presente revisão.</p>
Principais Resultados	Foram incluídos 19 estudos que mostraram que a atuação dos enfermeiros perpassa por nove dimensões: promotor da construção do papel parental; orientações e apoio para

	implementação de cuidados de saúde físicos; orientações para promoção de ambiente seguro; aplicação de teorias, princípios e métodos dos programas materno-infantis; estabelecimento de relações terapêuticas; implementação da gestão da atenção materno-infantil; promoção de acesso à rede de apoio; orientação para o curso da vida das figuras parentais; uso de evidências científicas para orientar a prática.
Principais Conclusões	A atuação de profissionais de enfermagem abrange importantes saberes e significativas práticas para o desenvolvimento da parentalidade no cuidado à primeira infância. Os achados possibilitam direcionar para a melhoria da prática clínica desses profissionais, ao mostrarem as áreas de atuação e intervenções relevantes para a primeira infância.

E3 – Parent Teaching: Parenting Skills – Parents of Newborns and Infants (Birth to 12 Months)	
Autores	Schub, E.; Balderrama, D.
Ano de Publicação	2019
País	E.U.A.
Objetivo	Promoção das competências parentais dos pais de crianças dos 0 aos 12 meses para promoção da parentalidade positiva.
População e Amostra	Enfermeiros
Conceito	Áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais para promoção da parentalidade positiva.
Contexto	Todas as áreas de intervenção do enfermeiro.
Metodologia	Artigo com base em evidência científica.
Principais Resultados	Promover as competências parentais de pais de crianças dos 0 aos 12 meses de idade permite aumentar o conhecimento dos pais sobre competências de parentalidade positiva e melhorar

	<p>a sua capacidade de aplicar essas competências no cuidado diário do bebê.</p> <p>Envolve fornecer informações sobre uma variedade de tópicos, incluindo: o sono; o choro do bebê e as cólicas, a vinculação, a segurança infantil, a segurança alimentar, o brincar, o desenvolvimento da linguagem, o desenvolvimento motor, a ansiedade da separação e medo de estranhos, a sucção não nutritiva, os cuidados de saúde, o stress parental.</p> <p>A formação dos pais pode ser iniciada durante as aulas pré-natais ou no hospital imediatamente após o nascimento e continuar em ambulatório durante as consultas de vigilância de saúde, bem como em casa e em outros ambientes comunitários.</p> <p>Pode recorrer-se a uma variedade de estratégias de ensino/aprendizagem para obter melhores resultados, tais como: instrução presencial, materiais escritos, programas audiovisuais de informação, programas informáticos, conteúdos da internet, conversas telefónicas.</p> <p>As estratégias mais bem-sucedidas para ensinar competências parentais aos pais de recém-nascidos e bebês até 1 ano de idade são as estratégias educacionais individualizadas. Todo o ensino deve ser adaptado para atender às necessidades específicas dos pais e suas prioridades e deve ser centrado nestes e baseado em evidências.</p>
<p>Principais Conclusões</p>	<p>Práticas de parentalidade positiva são importantes para promover o crescimento e desenvolvimento da criança.</p> <p>Ensinar competências parentais a pais de recém-nascidos e bebês até 1 ano de idade destina-se a melhorar a capacidade dos pais de prestar cuidados seguros às suas crianças durante o primeiro ano de vida e compreender melhor como lidar com os desafios da parentalidade.</p>

E4 – Parent Teaching: Parenting Skills – Parents of Toddlers (Ages 1 to 3 Years)	
Autores	Engelke, Z.; Schub, T.
Ano de Publicação	2017
País	E.U.A.
Objetivo	Promoção das competências parentais dos pais de crianças de 1 a 3 anos de idade para promoção da parentalidade positiva.
População e Amostra	Enfermeiros
Conceito	Áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais para promoção da parentalidade positiva.
Contexto	Todas as áreas de intervenção do enfermeiro.
Metodologia	Artigo com base em evidência científica.
Principais Resultados	<p>Promover as competências parentais nos pais de crianças pequenas consiste em informar os pais para aumentar o seu conhecimento sobre o desenvolvimento infantil na primeira infância, melhorar as suas capacidades para cuidar e promover o desenvolvimento da criança, lidar com comportamentos desafiadores durante este estágio de crescimento e desenvolvimento, promover um vínculo positivo entre pais e filhos que promove a saúde mental positiva nas crianças ao longo da vida.</p> <p>O resultado desejado é que os pais aprendam competências parentais positivas (por exemplo, interagir com o filho nas atividades quotidianas; demonstrar entusiasmo e atenção positiva para reforçar o comportamento apropriado da criança) e apliquem com sucesso essas competências no cuidado diário da criança.</p> <p>Envolve fornecer informações e promover competências parentais sobre uma variedade de tópicos, incluindo: desenvolvimento infantil, desenvolvimento da linguagem,</p>

	<p>segurança infantil, comportamento, controlo de esfíncteres, disciplina positiva, o brincar.</p> <p>A formação dos pais pode ocorrer nas instituições de saúde e durante a vigilância de saúde infantil, nas aulas para pais e em outros ambientes onde as crianças pequenas recebem cuidados, incluindo o ambiente doméstico.</p> <p>Pode recorrer-se a uma variedade de atividades de ensino/aprendizagem e motivacionais, como por exemplo: instrução presencial, informação escrita, Internet e programas de formação baseados em grupo e grupos de apoio.</p> <p>As estratégias mais bem-sucedidas para ensinar competências parentais aos pais de crianças pequenas são as estratégias educacionais individualizadas. Todo o ensino deve ser adaptado para atender às necessidades específicas e prioridades dos pais e crianças e deve ser centrado nestes e baseado em evidências.</p>
Principais Conclusões	<p>A parentalidade de crianças pequenas (ou seja, crianças de 1 a 3 anos de idade) envolve a compreensão de importantes tarefas físicas e psicossociais das crianças, incluindo o desenvolvimento da linguagem, habilidades sociais e senso de autonomia, além de promover a segurança da criança e adotar métodos apropriados para gerir comportamentos desafiadores e reforçar comportamentos positivos.</p>

E5 – Parent Teaching: Parenting Skills – Parents of Preschoolers (Ages 3 to 5 Years)	
Autores	Schub, T.; Engelke, Z.
Ano de Publicação	2017
País	E.U.A.

Objetivo	Promoção das competências parentais dos pais de crianças dos 3 aos 5 anos de idade para promoção da parentalidade positiva.
População e Amostra	Enfermeiros
Conceito	Áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais para promoção da parentalidade positiva.
Contexto	Todas as áreas de intervenção do enfermeiro.
Metodologia	Artigo com base em evidência científica.
Principais Resultados	<p>Ensinar competências parentais a pais de crianças em idade pré-escolar é o processo de fornecer informações aos pais para aumentar os seus conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil nesta fase, incluindo aspetos relacionados com a disciplina e a segurança infantil, melhorar suas competências na promoção do desenvolvimento do pré-escolar, aumentar a sua capacidade de cuidar da criança e lidar com comportamentos potencialmente desafiadores durante esta fase de crescimento e desenvolvimento e promover um vínculo positivo entre pais e filhos, que promove a saúde mental positiva em crianças ao longo da vida.</p> <p>O resultado desejado é que os pais aprendam competências parentais positivas e apliquem com sucesso essas competências no cuidado diário da criança em idade pré-escolar.</p> <p>Envolve fornecer informações sobre uma variedade de tópicos, incluindo: desenvolvimento infantil, desenvolvimento da linguagem, disciplina e comportamento positivo, socialização, segurança infantil, alimentação saudável, saúde oral, hábitos de sono.</p> <p>As estratégias de ensino/aprendizagem mais eficazes envolvem uma combinação de atividades que incluem instrução individualizada e algum nível de envolvimento pessoal pelo</p>

	<p>prestador de cuidados de saúde e podem ser realizadas em qualquer ambiente de saúde e em casa.</p> <p>Pode recorrer-se a uma variedade de atividades de ensino/aprendizagem e motivacionais, tais como: instrução presencial, informação escrita, Internet e programas de formação baseados em grupo e grupos de apoio.</p> <p>As estratégias mais bem-sucedidas para ensinar competências parentais aos pais de crianças em idade pré-escolar são as estratégias educacionais individualizadas. Todo o ensino deve ser adaptado para atender às necessidades específicas e prioridades dos pais e crianças e deve ser centrado nestes e baseado em evidências.</p>
Principais Conclusões	<p>Práticas de parentalidade positiva são importantes para promover o crescimento e desenvolvimento da criança.</p> <p>Ensinar competências parentais a pais de crianças pré-escolares refere-se ao processo de capacitar os pais de crianças de 3 a 5 anos de idade para melhor cuidar do seu filho.</p>

E6 – Parent Teaching: Parenting Skills – Parents of School-aged Children (Ages 6 to 11 Years)	
Autores	Schub, T.; Engelke, Z.
Ano de Publicação	2017
País	E.U.A.
Objetivo	Promoção das competências parentais dos pais de crianças dos 6 aos 11 anos de idade para promoção da parentalidade positiva.
População e Amostra	Enfermeiros
Conceito	Áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais para promoção da parentalidade positiva.

Contexto	Todas as áreas de intervenção do enfermeiro.
Metodologia	Artigo com base em evidência científica.
Principais Resultados	<p>Ensinar competências parentais aos pais de crianças em idade escolar é o processo de fornecer aos pais informações para aumentar os seus conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil entre os 6 e 11 anos de idade, melhorar as suas competências parentais e melhorar a capacidade de lidar com problemas relacionados com o cuidado das crianças.</p> <p>Promover as competências parentais de pais de crianças em idade escolar permite: que os pais compreendam melhor o desenvolvimento da criança nessa faixa etária; promover uma parentalidade positiva; promover a capacitação, a independência e a socialização entre pares da criança, como partes essenciais do desenvolvimento de uma criança em idade escolar; promover a segurança infantil; promover um vínculo positivo entre pais e filhos, que apoia a boa saúde mental das crianças ao longo da vida.</p> <p>As estratégias de ensino/aprendizagem mais eficazes envolvem uma combinação de atividades que incluem instrução individualizada e algum nível de envolvimento pessoal pelo prestador de cuidados de saúde e podem ser realizadas em qualquer ambiente de saúde e em casa.</p> <p>Pode recorrer-se a uma variedade de atividades de ensino/aprendizagem e motivacionais tais como: instrução presencial, informação escrita, Internet e programas de formação baseados em grupo e grupos de apoio.</p> <p>As estratégias mais bem-sucedidas para ensinar competências parentais aos pais de crianças em idade escolar são as estratégias educacionais individualizadas. Todo o ensino deve ser adaptado para atender às necessidades específicas e prioridades dos pais e crianças e deve ser centrado nestes e baseado em evidências.</p>

Principais Conclusões	Ensinar competências parentais a pais de crianças em idade escolar envolve fornecer educação sobre o rápido desenvolvimento das habilidades sociais, físicas e mentais da criança. A promoção das competências parentais nesta fase deve focar-se em tornar a criança mais independente, aumentar as suas capacidades e promover a socialização e o estabelecimento de importantes amizades entre pares, que constituem as mudanças principais verificadas nesta fase do desenvolvimento infantil.
------------------------------	--

E7 – Parent Teaching: Parenting Skills – Parents of Teenagers	
Autores	Schub, E.; Smith, N.
Ano de Publicação	2018
País	E.U.A.
Objetivo	Promoção das competências parentais dos pais de adolescentes para promoção da parentalidade positiva.
População e Amostra	Enfermeiros
Conceito	Áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais para promoção da parentalidade positiva.
Contexto	Todas as áreas de intervenção do enfermeiro.
Metodologia	Artigo com base em evidência científica.
Principais Resultados	Ensinar competências parentais a pais de adolescentes visa aumentar o seu conhecimento sobre o desenvolvimento do adolescente, melhorar as suas competências no cuidado do adolescente e melhorar a capacidade parental de lidar com problemas que podem ocorrer durante este momento de transição da infância para a vida adulta. Ensinar competências parentais a pais de adolescentes envolve educá-los sobre as mudanças físicas e psicológicas que ocorrem durante a adolescência, bem como dotá-los de

	<p>estratégias que podem ser utilizadas para apoiar seus adolescentes e mantê-los a salvo de lesões ou outros danos.</p> <p>Ensinar competências parentais a pais de adolescentes permite a estes: entender melhor o desenvolvimento do adolescente; entender detalhes sobre habilidades parentais positivas e maneiras de aplicá-las com sucesso no cuidado diário e interações com o adolescente; identificar e apoiar a crescente independência e capacidades do adolescente; iniciar e manter estratégias de segurança apropriadas para os adolescentes; promover um vínculo positivo entre pais e filhos, que apoia a boa saúde mental em toda a duração da vida.</p> <p>O ensino de competências parentais para pais de adolescentes pode ser realizado em todos os estabelecimentos de saúde, em casa e em locais da comunidade, como escolas e igrejas.</p> <p>Pode recorrer-se a uma variedade de atividades de ensino como: instrução presencial, informação escrita, conteúdos audiovisuais e digitais, conversas telefônicas.</p> <p>As estratégias mais bem-sucedidas para ensinar competências parentais aos pais de adolescentes são as estratégias educacionais individualizadas. Todo o ensino deve ser adaptado para atender às necessidades específicas e prioridades dos pais e adolescentes e deve ser centrado nestes e baseado em evidências.</p>
<p>Principais Conclusões</p>	<p>A adolescência é um período complexo da vida que se caracteriza pelo crescimento físico, desenvolvimento sexual, desenvolvimento emocional e desenvolvimento da capacidade de pensamento crítico.</p> <p>Ensinar competências parentais a pais de adolescentes é importante para aumentar o conhecimento destes sobre as capacidades e necessidades de desenvolvimento do adolescente e para melhorar suas competências no cuidado ao adolescente.</p>

DISCUSSÃO

O primeiro documento (Lopes, 2012) consiste numa tese de doutoramento.

Neste trabalho, faz-se referência às cinco dimensões do exercício da parentalidade positiva (necessidades físicas da criança; segurança da criança; desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança; comunicação positiva com a criança; disciplina positiva da criança), verificando-se que todas elas consistem em áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais de crianças até 3 anos de idade, no exercício da parentalidade positiva.

São também desenvolvidas intervenções consideradas efetivas no apoio ao exercício da parentalidade positiva para todas as dimensões deste exercício e para a adaptação à parentalidade e interação positiva com os pais.

As intervenções para a dimensão necessidades físicas da criança são: avaliar as competências e conhecimentos dos pais sobre estas necessidades e assistir e informar na amamentação, higiene e conforto, diversificação alimentar e sono e repouso da criança.

As intervenções para a dimensão segurança da criança são: avaliar as competências parentais para a segurança, ensinar na adoção de medidas de segurança, informar sobre estilos de vida saudáveis, estimular a vigilância da saúde da criança e ensinar e orientar na doença da criança.

As intervenções para a dimensão desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança são: promover a estimulação da criança, informar sobre o desenvolvimento da criança e orientar nas perturbações do comportamento e desenvolvimento.

As intervenções para a dimensão comunicação positiva com a criança são: estimular a interação entre os pais e a criança, ensinar a interpretar e a responder ao choro, avaliar a comunicação entre pais e criança e gerir as situações que dificultam a comunicação.

As intervenções para a dimensão disciplina positiva da criança são: orientar no estabelecimento de regras, estimular comportamentos favorecedores da disciplina e informar sobre a importância da disciplina.

As intervenções para a adaptação à parentalidade são: instruir para as dificuldades, orientar na adaptação à parentalidade e induzir recursos sociais.

As intervenções para a interação positiva com os pais são: encorajar os pais a serem participantes ativos, reforçar as suas potencialidades e estabelecer relação de confiança com os pais.

As intervenções são concretizadas através de três categorias de recursos de apoio: serviços de saúde; projetos e programas; materiais e estratégias.

Os recursos da categoria serviços de saúde são as consultas de vigilância, visitas domiciliares, cantinhos no centro de saúde, atendimento nas necessidades dos pais e vacinação.

Os projetos e programas de apoio aos pais são, maioritariamente, de acompanhamento e educativos, durante a gravidez e primeiro ano de vida da criança.

Os materiais e métodos utilizados são: material de leitura, sessões educativas, terapia interativa, grupos de pais e meios de comunicação social.

Existem programas estruturados de apoio aos pais em todas as dimensões do exercício da parentalidade positiva. A maioria destes programas são dirigidos às necessidades físicas e segurança da criança e a minoria à dimensão disciplina positiva da criança.

Relativamente ao segundo artigo (Reticena et al, 2019), que diz respeito a uma revisão sistemática da literatura, constata-se que a atuação do enfermeiro para o desenvolvimento da parentalidade no cuidado à primeira infância compreende nove dimensões, sendo elas:

- promoção da construção do papel parental
- orientações e apoio para implementação de cuidados de saúde físicos
- orientações para promoção de ambiente seguro
- aplicação de teorias, princípios e métodos dos programas materno-infantis
- estabelecimento de relações terapêuticas
- implementação da gestão da atenção materno-infantil
- promoção de acesso à rede de apoio
- orientação para o curso de vida das figuras parentais
- uso de evidências científicas para orientar a prática

As dimensões de trabalho do enfermeiro encontradas neste estudo possibilitam centrar o seu cuidado no binómio criança/jovem e família e direcionar a sua

intervenção para o desenvolvimento da criança/jovem e promoção da sua saúde e para o desenvolvimento da parentalidade através da promoção das competências parentais.

Algumas das intervenções de enfermagem fazem referência a visitas domiciliárias, atendimento telefónico, grupos de discussão e visualização de vídeos demonstrativos.

Em alguns contextos da sua atuação, o enfermeiro desempenha não só o papel de agente ativo, mas também de gestor de cuidados, facilitando a articulação entre diferentes serviços da comunidade e a família.

Esta revisão apresenta uma limitação quanto à não definição das competências do enfermeiro, uma vez que se refere ao modo como este atua e que ações desempenha e não como deveria atuar segundo as suas referências e os seus princípios éticos, deontológicos e legais. Este facto pode consistir numa oportunidade de investigação futura.

Os cinco documentos seguintes (E3 a E7) dizem respeito à promoção de competências parentais em diferentes fases de desenvolvimento infantil (primeiro ano de vida; 1-3 anos de vida; 3-5 anos de vida; 6-11 anos de vida; adolescência).

Em todos eles se reconhece que promover as competências parentais é importante para aumentar o conhecimento dos pais/família sobre as capacidades e necessidades de desenvolvimento das crianças e para melhorar as competências parentais no cuidado das mesmas e que as práticas de parentalidade positiva são importantes para promover o crescimento e desenvolvimento da criança.

As estratégias mais bem-sucedidas para ensinar competências parentais são as intervenções educativas individualizadas. Todo o ensino deve ser adaptado para atender às necessidades específicas e prioridades dos pais e crianças e deve ser centrado nestes e baseado em evidências.

A formação sobre a parentalidade deve ser dada por profissionais de saúde (por exemplo, enfermeiros, médicos, psicólogos). Em caso de necessidade, deve ser realizado o encaminhamento das famílias para os serviços sociais e outros apoios na comunidade para apoio adicional na parentalidade.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O tema da parentalidade positiva assume grande importância pelo papel que desempenha no desenvolvimento e bem-estar da criança/jovem e família.

Contudo, ao nível da enfermagem, este tema parece ser algo relativamente recente e que carece de mais estudo.

Apesar da limitação na generalização dos resultados, este trabalho de pesquisa contribui significativamente para o enriquecimento da Enfermagem através da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e de uma praxis clínica baseada na evidência.

No campo da Enfermagem, a intervenção do enfermeiro remete para as diferentes áreas de exercício da parentalidade positiva, com enfoque na promoção do desenvolvimento infantojuvenil, na parceria de cuidados e na promoção das competências parentais.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não existiram quaisquer conflitos de interesse durante todo o processo de realização desta scoping review.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: Glasper, E., & Tucker, A. – *Advances in child health nursing*. London: Scutari Press.
2. Conselho da Europa (2006). *Recomendação Rec (2006) 19 do Comité de Ministros do Conselho da Europa para os Estados-Membros sobre a política de apoio à parentalidade positiva*. Recuperado em 2021, agosto 9, de <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/19464/Recomendação+2006/e36ba3eb-d849-4ebb-9827-688de3e92f94>
3. Conselho da Europa (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.
4. Lopes, M.S.O.C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa.

5. Lopes, M.S.O.C., Catarino, H., & Dixe, M.A. (2010). Parentalidade positiva e enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 109-118.
6. Lopes, M.S.O.C., & Dixe, M.A.C.R. (2012). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 787-795.
7. Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
8. Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
9. Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018)*. Diário da República, n.º 133/2018, série II de 2018-07-12.
10. Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019)*. Diário da República, n.º 26/2019, série II de 2019-02-06.
11. Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. (A. e. Munn, Ed.) Obtido de <https://synthesismanual.jbi.global/>
12. Relvas, A.P. (2004). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica* (3.ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
13. Reticena, K.O.; Yabuchi, V.N.T.; Gomes, M.F.P.; Siqueira, L.D.; Abreu, F.C.P.; Fracolli, L.A. (2019). Atuação da enfermagem para o desenvolvimento da parentalidade na primeira infância: revisão sistemática de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3213.
14. Tricco, A.C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K.K., Colquhoun, H., Levac, D., et al. *PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation*. *Ann Intern Med*. 2018;169:467–473. doi: 10.7326/M18-0850.

APÊNDICE II – FOLHETO “MASSAGEM INFANTIL”

<p>O tato é o primeiro sentido a desenvolver-se in útero e o último a desaparecer.</p> <p>Através do toque, comunicamos com o outro, num diálogo silencioso.</p> <p>Durante a massagem infantil, os pais massajam o bebé rítmicamente, consolidando as ligações de confiança e segurança que são tão importantes para o seu desenvolvimento.</p> <p>A massagem infantil promove o toque positivo e o respeito pelo bebé.</p>	<p><i>O toque é a linguagem que o bebé melhor Compreende.</i></p>	<h1>MASSAGEM INFANTIL</h1>  <p>Fonte: Pixabay</p>
<p> CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ENFERMAGEM LEIRIA PORTO</p> <p>Trabalho elaborado por: Filomena Leitão No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica</p>		

<h3>BENEFÍCIOS DA MASSAGEM INFANTIL</h3> <p>PARA O BEBÉ</p> <ul style="list-style-type: none">• Interação• Estimulação• Alívio• Relaxamento <p>PARA OS PAIS</p> <ul style="list-style-type: none">• Vinculação• Confiança Parental e Au- to-estima• Relaxamento• Compreensão do bebé <p>PARA A FAMÍLIA</p> <ul style="list-style-type: none">• Envolvimento da família• Respeito• Redução de conflitos• Relaxamento	<h3>PROTOCOLO DAS CÓLICAS</h3> <p>(esquema)</p> <p>Repetir a sequência três vezes, duas a três vezes por dia.</p> <p>Recomenda-se o uso de: óleo vegetal prensado a frio.</p>
---	---

APÊNDICE III – PLANO DA SESSÃO “MASSAGEM INFANTIL”

(logotipo da ARS)

(logotipo da USF)

Plano da Sessão

TÍTULO: “Massagem Infantil”

DESTINATÁRIOS: Equipa de enfermagem e equipa médica da USF _____

DATA: 06/10/2021, às 14 horas

DURAÇÃO: 30 minutos

LOCAL: _____

FORMADORA: Enf.^a Filomena Leitão (mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica)

OBJETIVO GERAL:

- Sensibilizar para a importância da massagem infantil

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer os benefícios do toque e da massagem infantil
- Identificar os princípios básicos da massagem infantil
- Conhecer o Protocolo das Cólicas

INDICADORES DE AVALIAÇÃO:

- Participação de mais de 50% dos destinatários
- Preenchimento de pelo menos 75% dos Questionários de Satisfação distribuídos aos formandos

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador - Apresentação do tema - Objetivos 	Expositivo	Apresentação multimédia em PowerPoint, Computador, Projetor Multimédia e Tela de Projeção	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Evolução histórica do conceito e importância do toque - O toque - Alguns estudos recentes - Benefícios da massagem infantil - Princípios básicos da massagem 	Expositivo	Apresentação multimédia em PowerPoint, Computador, Projetor Multimédia e Tela de Projeção	15 min
	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo das Cólicas 	Expositivo Demonstrativo	Apresentação multimédia em PowerPoint, Computador, Projetor Multimédia, Tela de Projeção e Modelo	8 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusões - Discussão: dúvidas e sugestões 	Expositivo	Apresentação multimédia em PowerPoint, Computador, Projetor Multimédia e Tela de Projeção	5 min

APÊNDICE IV – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO DOSSIER TEMÁTICO

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA SOBRE A IMPORTÂNCIA DA MASSAGEM INFANTIL

- Álvarez, M. J., Fernández, D., Gómez-Salgado, J.,Rodriguez-Gonzalez, D., Rosón, M., & Lapena, S.(2017). The effects of massage therapy in hospitalized preterm neonates: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 69,119-136:doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.02.009
- [Balakrishna,R.](#), Teixeira,M., Meyrick,J., & Hart,R.(2019). Can infant massage programmes improve attachment between mother and [baby?](#). *Community Practitioner*,92(5),45-47.
- [Field,T.](#)(2019). Pediatric Massage Therapy Research: A Narrative Review. *MDPI:children*,6(78):doi:10.3390/children6060078.
- [Hall,H.G.](#), Cant,R., Munk,N., Carr,B., Tremayne,A., Weller,C,... & Lauche,R.(2020). The effectiveness of massage for reducing pregnant women’s anxiety and depression; systematic review and meta-analysis. *Midwifery*,102818.
- [Lai,M.M.](#), D’Acunto,G., Guzzetta,A., Boyd,R.N., Rose,S.E., Fripp,J,... & Colditz,P.B.(2016). PREMM: preterm early massage by the mother: protocol of a randomised controlled trial of massage therapy in very preterm infants. *BMCpediatrics*,16(1),1-12.
- Lu,L.C., Lan,S.H., Hsieh,Y.P., Lin,L.Y., Chen,J.C., & Lan,S.J.(2020). Massage therapy for weight gain in preterm neonates: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complementary therapies in clinical practice*, 39,101168.
- Niemi,A.(2017). Review of Randomized Controlled Trials of Massage in Preterm Infants. *MDPI:children*,4(4):21.doi:10.3390/children4040021.
- Porreca,A., Parolin,M., Bozza,G., Freato,S. & Simonelli,A.(2017). Infant Massage and Quality of Early Mother–Infant Interactions: Are There Associations with Maternal Psychological Wellbeing, Marital Quality, and Social Support?. *FrontiersinPsychology*,7(2049),1-14.doi:10.3389/fpsyg.2016.02049.

APÊNDICE V – REFLEXÃO CRÍTICA



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório

REFLEXÃO

Unidade de Saúde Familiar

Trabalho realizado por:

Filomena Leitão

Sob orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, Outubro de 2021

REFLEXÃO

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a qual compreende a realização de 360h em estágio em diferentes contextos.

Este trabalho diz respeito ao estágio de 120h realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF), no período compreendido entre 6 de Setembro de 2021 e 8 de Outubro de 2021.

Durante o estágio em contexto de cuidados de saúde primários, pude colaborar com diferentes enfermeiros no âmbito das consultas de Saúde Infantil e Juvenil.

Para além dos traços pessoais de cada um, que imprimem no trabalho de cada profissional características singulares, um outro aspeto também esteve presente: a diferença de formação e de experiência profissional.

Alguns enfermeiros tinham trabalhado anteriormente em contexto de internamento de adultos, outros de internamento de puerpério e bloco de partos e outros de internamento de pediatria. A nível de formação, a equipa de enfermagem era constituída por enfermeiros generalistas, dos quais dois a terminar a formação de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária, e por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

Perante esta riqueza de situações, não pude deixar de refletir sobre as competências do EEESIP e sobre que contributo traz a aquisição dessas competências para o desempenho profissional no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil e também sobre de que forma se articulam todos esses diferentes saberes no trabalho em equipa dos enfermeiros.

É precisamente essa minha reflexão que passarei a apresentar, seguida de uma breve conclusão e das referências bibliográficas.

Lisboa, Outubro de 2021

2. DESENVOLVIMENTO

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2015a) enuncia que o enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. No mesmo documento, o enfermeiro especialista é apresentado como o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

No Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), é reconhecido que a certificação de competências assegura que o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo (pessoa, família ou comunidade) e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. Essa relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades.

São domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais: a responsabilidade profissional, ética e legal; a prestação e gestão dos cuidados; o desenvolvimento profissional. A estas competências somam-se os conhecimentos e capacidades adquiridas na sua formação graduada e pós-graduada e no seu percurso profissional.

Ao nível da prestação e gestão de cuidados, o enfermeiro age de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências. Simultaneamente, contribui para a promoção da saúde

mobilizando os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. No âmbito da educação para a saúde, o enfermeiro dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), o EEESIP utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família/pessoa significativa, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados, e presta cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível. O EEESIP presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Isto implica uma atuação que englobe envolvimento dos intervenientes, participação e parceria de cuidados, capacitação da criança e família e negociação dos cuidados.

“O EEESIP é um perito na conceção e gestão de cuidados, pois detém um entendimento profundo sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde, implementa soluções com elevada adequação às necessidades, efetuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e avaliando a sua eficácia, nomeadamente através da utilização de indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2013a)

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), são áreas de atuação particular a promoção das competências da criança/jovem; a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, no âmbito dos cuidados antecipatórios com vista à maximização do potencial de desenvolvimento infantil e de forma a facultar aos pais os

conhecimentos necessários ao melhor desenvolvimento parental; a gestão do bem-estar e da dor na criança/jovem; a prevenção, diagnóstico e intervenção nas doenças comuns nas várias idades; a sinalização e o proporcionar o apoio continuado às crianças/jovens com doença crónica/deficiência e às suas famílias; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da vinculação; a promoção da autoestima e auto-determinação do jovem e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde; o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como recurso para a intervenção; os processos familiares; a parentalidade; a comunicação com a criança/jovem e família. É preocupação deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), o EEESIP 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 significativa. O EEESIP distingue-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz.

São domínios das competências comuns do EEESIP: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

São domínios das competências específicas do EEESIP: assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas

situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

A consulta de enfermagem é uma atividade autónoma de enfermagem que consiste numa oportunidade para avaliar e detetar precocemente os desvios de saúde dos indivíduos e planear os cuidados e estratégias a desenvolver.

No âmbito da consulta de Saúde Infantil e Juvenil, é responsabilidade do enfermeiro integrado na equipa multidisciplinar que faz a vigilância de saúde da criança/jovem: a vigilância do crescimento da criança e do jovem; a promoção de hábitos de alimentação saudáveis, nomeadamente a promoção do aleitamento materno, o diagnóstico de alterações alimentares com a consequente necessidade de introdução e alteração de suplementos face ao risco de crescimento comprometido; a vacinação. (Ordem dos Enfermeiros, 2013b)

Na consulta de Saúde Infantil e Juvenil, o EEESIP adequa os cuidados ao estadió de desenvolvimento da criança/jovem e à dinâmica familiar, particularmente no que respeita à comunicação e educação para a saúde e ao estabelecimento da relação de ajuda e de parcerias negociadas com as famílias, de forma a facultar aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho do papel parental. (Ordem dos Enfermeiros, 2013b)

Um dos aspetos que observei e que considero reflexo de uma boa conduta profissional e trabalho em equipa, prende-se com o facto de frequentemente a equipa de enfermagem se reunir e discutir em conjunto situações relativas aos utentes e famílias.

Segundo Nunes et al. citado por Ordem dos Enfermeiros (2013b), os limites das competências dos profissionais são por vezes ténues e pouco claros quanto a quem compete fazer o quê. Não parece que a resolução passe por estabelecer uma hierarquia assente no poder formal, mas na hierarquia científica e técnica, na complementaridade e solidariedade, onde a tomada de decisão, no melhor interesse e benefício do cliente, é tomada por quem, em determinado momento,

está melhor preparado para intervir. Os deveres e as responsabilidades dos profissionais centram-se na garantia dos direitos da pessoa assistida, com respeito pela dignidade do colega da equipa multiprofissional, numa assunção partilhada de responsabilidades e riscos.

Foi precisamente esta realidade com que me deparei na USF em que estagiei. Existia uma boa articulação entre profissionais, em simultâneo com o respeito pelo trabalho de cada um. Em várias situações, os enfermeiros pediam ajuda e aconselhamento aos colegas, consoante a situação e a experiência pessoal e profissional de cada enfermeiro, bem como as suas competências.

Esta situação demonstra um desempenho de funções que está de acordo com o disposto no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), nomeadamente no que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. O Enfermeiro de Cuidados Gerais desenvolve uma prática profissional com responsabilidade, demonstrando um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de intervenção. A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada. Dessa forma, o Enfermeiro de Cuidados Gerais aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora; reconhece os limites do seu papel e da sua competência; consulta peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência atual ou que saem do âmbito da sua área de exercício; consulta outros profissionais de saúde e organizações quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.

No seu campo de atuação, o Enfermeiro de Cuidados Gerais, promove cuidados de saúde interprofissionais assumindo o seu papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados com o cliente/cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação eficaz e que permitem a elaboração e execução de planos de cuidados nos quais participa de forma

contínua e sistemática. Esse trabalho desenvolve-se num trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração e valorizando o contributo de todos os membros e envolvendo-os na tomada de decisão e avaliação dos resultados.

No que diz respeito ao EEESIP, e de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), compete-lhe, no domínio da gestão de cuidados, realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas e, para isso, otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade. Também no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação, pelo que se responsabiliza por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, e suporta a prática clínica em evidência científica e promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

O EEESIP deve ser responsável pela qualidade técnica e científica das consultas de enfermagem na sua área específica, recorrendo a material de apoio construído (procedimentos, guias de boas práticas, folhetos), bem como a formação em serviço no âmbito da sua especialidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2013b)

Desta forma, é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de Enfermagem e/ou da área de actuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

3. CONCLUSÃO

Para o EEESIP, é sua preocupação que todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde Infantil e Pediátrica, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios da proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível. (Ordem dos Enfermeiros, 2017)

Cabe a este profissional prescrever e executar as intervenções efetivas para a resolução dos problemas detetados, podendo delegar nos enfermeiros generalistas e avaliar a eficácia das suas decisões. (Ordem dos Enfermeiros, 2013b)

A intervenção dos Enfermeiros de Cuidados Gerais na Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, em todos os contextos da prestação de cuidados, insere-se num trabalho de equipa que se prevê desenvolvido sob orientação e coordenação do EEESIP. (Ordem dos Enfermeiros, 2013a)

Assim, sempre que suspeitar ou detetar alterações significativas no estado de saúde da criança/jovem e nas dinâmicas familiares, o Enfermeiro de Cuidados Gerais deve referenciar a situação para o EEESIP. (Ordem dos Enfermeiros, 2013a)

Caberá ao EEESIP a gestão de cuidados e eventual delegação de tarefas, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados, e o respetivo encaminhamento se necessário.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordem dos Enfermeiros (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Ordem dos Enfermeiros
2. Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Novembro de 2017.
3. Ordem dos Enfermeiros (2013a). Parecer n.º 11/2013 - Consultas da competência de um enfermeiro especialista asseguradas por um enfermeiro de cuidados gerais. Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
4. Ordem dos Enfermeiros (2013b). Parecer n.º 13/2013 – Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica versus Enfermeiro Generalista na vigilância de Saúde Infantil. Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
5. Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140. Diário da República, 2.ª série, n.º 26.
6. Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica n.º 422. Diário da República, 2.ª série, n.º 133.
7. Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais n.º 190. Diário da República, 2.ª série, n.º 79.

Lisboa, Outubro de 2021

APÊNDICE VI – APRESENTAÇÃO “SEGURANÇA INFANTIL”

SEGURANÇA INFANTIL: SISTEMA DE RETENÇÃO INFANTIL E CARRINHÃO DE TRANSPORTE



Trabalho elaborado por: Filomena Leitão

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



Estatística em Portugal

- Dados relativos ao período entre 1992 e 2015 mostram que é nos grupos etários “até 1 ano” e “15-19 anos” que se verifica a maior taxa de mortalidade por acidente, ao longo do tempo.
- Entre 2011 e 2015, os acidentes de transporte constituíram a primeira causa de morte por acidente.
- De 2000 a 2016, as principais causas do número de internamentos por traumatismos e ferimentos não intencionais são as quedas e os acidentes de transporte.

(APSI, 2017)

Sistema de Retenção Infantil (SRI)

- ✓ As crianças têm de ser sempre transportadas num dispositivo de retenção homologado, de acordo com o regulamento ECE R44/04, ou ECE R129 (norma "i-Size"), e adequado à idade, altura e peso.
- ✓ O uso de um sistema de retenção homologado é obrigatório até aos **12 anos de idade e 135cm de altura**.



Sistema de Retenção Infantil (SRI)

- ✓ As crianças devem viajar num SRI homologado e adequado ao seu tamanho e peso. Este deve estar voltado para trás até o mais tarde possível (sempre até aos 18 meses e idealmente até aos 3 ou 4 anos) e preferencialmente nos lugares traseiros.
- ✓ Deve verificar-se sempre se os cintos internos ficam à altura do ombro e bem ajustados ao corpo da criança.



Fonte: APSI

Sistema de Retenção Infantil (SRI)

Grupo 2
Crianças entre 22 e 36 kg*
(Banco elevatório com costas)



Grupo 3
Crianças entre 22 e 36 kg*
(Banco Elevatório)



- ✓ A partir de 15kg, pode usar-se uma cadeira de apoio ou banco elevatório com costas, em que o cinto de segurança do veículo passa à frente do corpo e o prende em simultâneo com a cadeira. Deve escolher-se um modelo com encosto regulável em altura.
- ✓ O banco elevatório pode ser utilizado a partir dos 8 ou 9 anos, caso o cinto de segurança não incomode no pescoço da criança e o veículo possua encostos de cabeça nos lugares de trás. Se a cadeira de apoio for suficientemente alta, a criança deve continuar a utilizá-la pois oferece maior proteção lateral e conforto.
- ✓ É obrigatório usar pelo menos um banco elevatório até aos 12 anos ou 1,35 m de altura, mas, dependendo do veículo e da criança, poderá ser conveniente utilizá-lo até um pouco mais tarde.

Fonte: APSI

Sistema de Retenção Infantil (SRI)

NÃO ARRISCAR!

No automóvel, transportar sempre as crianças num SRI devidamente homologado e adequado ao tamanho e peso destas.

Trocar de SRI quando:

- o peso e/ou a idade da criança ultrapassar os limites máximos estabelecidos
- a cabeça da criança ultrapassar o bordo superior do encosto da cadeira

Carrinho de Transporte



Cuidados a ter:



✓ No transporte em "ovinho", colocar o bebé sempre de frente para quem conduz o carrinho, para que esteja a ser observado.

✓ Colocar a criança sempre com os cintos corretamente apertados, sem folgas e sem estarem torcidos.

✓ Deve verificar-se sempre se os cintos ficam à altura do ombro e bem ajustados ao corpo da criança.



✓ Não pendurar nada no guiador, pois pode aumentar o risco de virar e tombar o carrinho. A cesta de armazenamento inferior é a melhor opção.

✓ Bloquear com os travões sempre que se queira parar o carrinho.

"Um Segundo Pode Durar Para Sempre"

<https://youtu.be/A6YAY0j9V9A>



Referências Bibliográficas

1. Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) (2017). Relatório de Avaliação da Segurança Infantil em Portugal, Outubro de 2017.
2. Diário da República n.º 169/2013, Série I de 2013-09-03. Lei n.º 72/2013 de 3 de Setembro – Código da Estrada.
3. Direção Geral de Saúde (DGS) (2010). Orientação n.º 001/2010 - Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade, Setembro de 2010.

PROMOVER UMA PARENTALIDADE POSITIVA



Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho elaborado por: Filomena Leitão
No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem

Objetivo Geral

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a promoção de uma parentalidade positiva.
- Sensibilizar os profissionais de saúde para a promoção da segurança infantil.

Objetivos Específicos

- Identificar intervenções promotoras de uma parentalidade positiva
- Identificar as orientações para uma correta colocação da criança no sistema de retenção infantil e no carrinho de transporte.

Parentalidade Positiva

- A parentalidade está centrada na interação pais -criança e implica direitos e obrigações pelo desenvolvimento e realização pessoal da criança
- A criança é reconhecida como uma pessoa com direitos, incluindo o direito a ser protegida e a participar, a ser ouvida, a expressar a sua opinião e a que esta seja devidamente considerada
- Promover a parentalidade positiva é essencial como apoio disponibilizado à parentalidade e como meio para garantir o respeito e a implementação dos direitos das crianças.
- Todos os setores da sociedade desempenham um papel no apoio às crianças, pais e famílias.

(Conselho da Europa, 2006)

Parentalidade Positiva

➤ Consiste no comportamento parental baseado **no melhor interesse da criança**, que assegura a **satisfação das suas necessidades e a sua capacitação**, **sem violência**, proporcionando-lhe o **reconhecimento** e a **orientação** necessários, o que implica o **estabelecimento de limites** ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento.

(Conselho da Europa, 2006)

➤ A parentalidade positiva reforça o uso do amor, do apoio e de um ambiente de respeito no crescimento da criança, prevenindo os maus tratos infantis e reforça o objetivo de aumentar a auto-estima da criança, a auto-confiança e otimizar o seu desenvolvimento.

(American Academy of Pediatrics, 2005)

Parentalidade Positiva

➤ Por outras palavras, o conceito de Parentalidade Positiva baseia -se no princípio de que os progenitores devem proporcionar às suas crianças:

- **Sustento** – respondendo às necessidades de amor, carinho e segurança;
- **Estrutura e Orientação** – proporcionando à criança uma sensação de segurança, uma rotina previsível e limites necessários;
- **Reconhecimento** – ouvindo a criança e valorizando -a como um indivíduo de pleno direito;
- **Empoderamento/autonomia** – melhorando a noção de competência e de controlo pessoal da criança;
- **Educação não-violenta** – excluindo todos os castigos corporais e psicológicos

(Conselho da Europa, 2006)

Parentalidade Positiva

➤ O Conselho da Europa aponta três níveis de recursos para a parentalidade positiva:

- **Internos aos pais**, tais como os seus conhecimentos e competências, a sua boa saúde física e mental e as competências de resolução de problemas. Estes recursos podem ser aumentados através da capacitação por medidas educacionais.
- **Internos à família**, tais como os modelos de boa parentalidade e relacionamento interpessoal entre os membros da família.
- **Externos à casa**, tais como o apoio da família alargada, dos amigos, dos vizinhos, comunidade, recursos económicos, emprego, bem-estar, cuidados e educação da criança.

(Conselho da Europa, 2006)

Como promover a Parentalidade Positiva

➤ Orientações aos profissionais que trabalham com crianças ou cujo trabalho tem impacto nos direitos destas:

- o estabelecimento de **parcerias** com os **pais** e o seu **empoderamento**, o que pressupõe o reconhecimento da experiência dos pais e do seu conhecimento sobre os seus filhos;
- **aumentar a autoconfiança** dos **pais**, enaltecendo as suas competências e potencial, e motivando -os a informarem-se e capacitarem-se;
- permitir que as **crianças comuniquem os seus sentimentos e necessidades**, especialmente crianças de tenra idade e crianças com dificuldades comunicativas.

(Conselho da Europa, 2006)

Como promover a Parentalidade Positiva

➤ **Identificar o conhecimento** que os **pais** têm sobre comportamentos de procura de saúde ao longo do desenvolvimento infantil, gestão do regime terapêutico, regime medicamentoso e precauções de segurança, implica que se utilizem como estratégias a **comunicação** e a **informação**, instrumentos de relevância fundamental.

➤ O apoio na transição para a parentalidade requer que o contacto com os pais se processe de forma positiva. Ou seja, aumentando a sua **autoestima**, **respeitando** as suas crenças culturais, promovendo a **interação** com a criança, incentivando-os a **expressar** as suas expectativas, **motivando-os** para a aprendizagem de capacidades, **percebendo** as relações conjugais e o funcionamento da família.

(Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Como promover a Parentalidade Positiva

➤ No cuidar da **criança e família** (tendo sempre em atenção o contexto e a fase de desenvolvimento da criança):

- . Estabelecer uma relação de empatia (e ajudar a reconhecer o que se sente)
- . Promover a entajuda
- . Incentivar a autonomia
- . Reforçar o comportamento positivo
- . Usar uma comunicação positiva

Como promover a Parentalidade Positiva

➤ A parentalidade positiva envolve um complexo conjunto de responsabilidades para os pais e pressupõe atividades cotidianas que previnam comportamentos de risco, fomentem comportamentos desejados e respondam às necessidades da criança e que se integram em cinco domínios da função ou dimensões:

1. Necessidades físicas da criança
2. Segurança da criança
3. Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança
4. Comunicação positiva com a criança
5. Disciplina positiva

(Lopes, 2012b)

UMA OPORTUNIDADE DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA...

SISTEMA DE RETENÇÃO INFANTIL E CARRINHO DE TRANSPORTE

Diagnóstico de Situação

➤ A incorreta colocação das crianças nos sistemas de retenção infantil, nomeadamente no chamado "ovinho", e no carrinho de transporte que muitas vezes se verifica no Serviço de Urgência constitui um fator de risco para a ocorrência de acidentes.

➤ Perante isto, o enfermeiro tem aqui um campo de atuação importante para promover a segurança infantil e a prevenção de acidentes e para promover as competências parentais através da educação para a saúde.

Estatística em Portugal

- Entre 1992 e 2015, constata-se uma redução da taxa de mortalidade por acidente em todas as faixas etárias. É nos grupos etários “até 1 ano” e “15 -19 anos” que se verifica a maior taxa de mortalidade por acidente, ao longo do tempo.
- A mortalidade por traumatismos e lesões não intencionais de crianças e jovens registou também uma redução, tendo sido de 3,6 por 100.000 habitantes em 2015.
- Entre 2011 e 2015, os acidentes de transporte constituíram a primeira causa de morte por acidente.
- O número de internamentos resultantes de traumatismos e ferimentos não intencionais diminuiu de quase 14.000, em 2000, para menos de 4.400, em 2016. Essa redução verifica-se em todo o tipo de acidentes, sendo que os que resultam das quedas e acidentes de transporte se mantêm os mais elevados ao longo dos anos.

(APSI, 2017)

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

- Alguns objetivos do programa:
 - Estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, entre os quais a adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes.
 - Promover a prevenção dos acidentes e intoxicações
 - Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos.

(DGS, 2013)

Sistema de Retenção Infantil (SRI)

- ✓ As crianças têm de ser sempre transportadas num dispositivo de retenção homologado, de acordo com o regulamento ECE R44/04, ou ECE R129 (norma “i-Size”), e adequado à idade, altura e peso.
- ✓ O uso de um sistema de retenção homologado é obrigatório até aos **12 anos de idade e 135cm de altura.**



Sistema de Retenção Infantil (SRI)

- ✓ As crianças devem viajar num SRI homologado e adequado ao seu tamanho e peso. Este deve estar voltado para trás até o mais tarde possível (sempre até aos 18 meses e idealmente até aos 3 ou 4 anos) e preferencialmente nos lugares traseiros.
- ✓ Deve verificar-se sempre se os cintos internos ficam à altura do ombro e bem ajustados ao corpo da criança.



Fonte: APSI

Sistema de Retenção Infantil (SRI)

Grupo 3
Crianças entre 22 e 36 kg*
(Banco elevatório com costas)



Grupo 3
Crianças entre 22 e 36 kg*
(Banco Elevatório)



- ✓ A partir de 15kg, pode usar-se uma cadeira de apoio ou banco elevatório com costas, em que o cinto de segurança do veículo passa à frente do corpo e o prende em simultâneo com a cadeira. Deve escolher-se um modelo com encosto regulável em altura.
- ✓ O banco elevatório pode ser utilizado a partir dos 8 ou 9 anos, caso o cinto de segurança não incomode no pescoço da criança e o veículo possua encostos de cabeça nos lugares de trás. Se a cadeira de apoio for suficientemente alta, a criança deve continuar a utilizá-la pois oferece maior proteção lateral e conforto.
- ✓ É obrigatório usar pelo menos um banco elevatório até aos 12 anos ou 1,35 m de altura, mas, dependendo do veículo e da criança, poderá ser conveniente utilizá-lo até um pouco mais tarde.

Fonte: APSI

Sistema de Retenção Infantil (SRI)

NÃO ARRISCAR!

No automóvel, transportar sempre as crianças num SRI devidamente homologado e adequado ao tamanho e peso destas.

Trocar de SRI quando:

- o peso e/ou a idade da criança ultrapassar os limites máximos estabelecidos
- a cabeça da criança ultrapassar o bordo superior do encosto da cadeira

Carrinho de Transporte



Cuidados a ter:



- ✓ No transporte em “ovinho”, colocar o bebé sempre de frente para quem conduz o carrinho, para que esteja a ser observado.
- ✓ Colocar a criança sempre com os cintos corretamente apertados, sem folgas e sem estarem torcidos.
- ✓ Deve verificar-se sempre se os cintos ficam à altura do ombro e bem ajustados ao corpo da criança.
- ✓ Não pendurar nada no guiador, pois pode aumentar o risco de virar e tombar o carrinho. A cesta de armazenamento inferior é a melhor opção.
- ✓ Bloquear com os travões sempre que se queira parar o carrinho.

Intervenções de Enfermagem promotoras de uma Parentalidade Positiva

- De acordo com Sandbaek (2008), os profissionais podem proporcionar três tipos de apoio:
 - Apoio informal (reforçar os laços sociais dos pais existentes e encorajar novas ligações com família, amigos, vizinhos e outras pessoas locais).
 - Apoio semiformal (capacitar os pais para os seus direitos e ativar o nível de autoajuda e outros grupos e serviços comunitários).
 - Apoio formal (serviços profissionais).

Intervenções de Enfermagem promotoras de uma Parentalidade Positiva

- Segundo Lopes (2012a), a **segurança** é identificada como uma das necessidade da criança e engloba atividades que visam a proteção da saúde e dos perigos e os cuidados na doença da criança.
- As intervenções de enfermagem de apoio aos pais no exercício da parentalidade positiva que foram identificadas para esta dimensão são:
 - avaliar as competências parentais para a segurança;
 - ensinar na adoção de medidas de segurança;
 - informar sobre estilos de vida saudáveis;
 - estimular a vigilância da saúde da criança;
 - ensinar e orientar na doença da criança.

(Lopes, 2012a)

Intervenções de Enfermagem promotoras de uma Parentalidade Positiva

➤ Pode-se ainda salientar mais duas categorias e suas respectivas intervenções de apoio aos pais no exercício da parentalidade positiva:

Apoio na adaptação à parentalidade

- Instruir para as dificuldades
- Orientar na adaptação à parentalidade
- Induzir recursos sociais

Interação positiva com os pais

- Encorajar os pais a serem participantes ativos
- Reforçar as potencialidades dos pais
- Estabelecer relação de confiança com os pais

(Lopes, 2012a)

Referências Bibliográficas

1. American Academy of Pediatrics (2005). Your Baby's First year. New York: American Academy of Pediatrics.
2. Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) (2017). Relatório de Avaliação da Segurança Infantil em Portugal, Outubro de 2017.
3. Conselho da Europa (2006). Recomendação 19 do Comité de Ministros do Conselho da Europa para os Estados -Membros sobre a política de apoio à Parentalidade Positiva, adotada pelo Comité de Ministros a 13 de Dezembro de 2006.
4. Direção Geral de Saúde (DGS) (2010). Orientação n.º 001/2010 - Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade, Setembro de 2010.
5. Direção Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, DGS.

Referências Bibliográficas

6. Diário da República n.º 169/2013, Série I de 2013 -09-03. Lei n.º 72/2013 de 3 de Setembro - Código da Estrada.
7. Lopes, M. S. O. C. (2012a). Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem. Tese de doutoramento.
8. Lopes, M. S. O. C., & al.(2012b). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida. Rev. Latino -Am. Enfermagem vol.20 no.4, Ribeirão Preto.
9. Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização, Dezembro de 2015.
10. Sandbaek, M. (2008). Services to support positive parenting. In "Parenting in contemporary Europe: a positive approach" (pp.59 -86). Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.

APÊNDICE VIII – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

	Área da Pediatria
	Cuidados de Enfermagem à Criança e família promotores de uma Parentalidade Positiva no Serviço de Urgência Pediátrica
	IT

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

Cuidados de Enfermagem à Criança e família promotores de uma Parentalidade Positiva no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

Objetivos: Uniformizar os procedimentos, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem; Facilitar a integração de novos elementos.

2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os Enfermeiros que exerçam funções no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

PARENTALIDADE POSITIVA

A criança é reconhecida como uma pessoa com direitos, incluindo o direito a ser protegida e a participar, a ser ouvida, a expressar a sua opinião e a que esta seja devidamente considerada.

A parentalidade está centrada na interação pais-criança e implica direitos e obrigações pelo desenvolvimento e realização pessoal da criança.

Promover a parentalidade positiva é essencial como apoio disponibilizado à parentalidade e como meio para garantir o respeito e a implementação dos direitos das crianças. Parentalidade positiva consiste no comportamento parental baseado no melhor interesse da criança, que assegura a satisfação das suas necessidades e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica o estabelecimento de limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento.

(Conselho da Europa, 2006)

PROMOVER A PARENTALIDADE POSITIVA

Atuando num modelo de proximidade e de parceria com a criança e pais/família, o enfermeiro ocupa uma posição privilegiada na promoção da parentalidade positiva.

Dessa forma, este deve ter presente orientações que o ajudarão no seu exercício profissional. São elas:

- identificar a criança e pais/família;
- apresentar os profissionais de saúde;
- incentivar a presença dos pais/família junto da criança;
- realizar a entrevista (triagem) num espaço acolhedor e reservado;

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	/ /		

	Área da Pediatria
	Cuidados de Enfermagem à Criança e família promotores de uma Parentalidade Positiva no Serviço de Urgência Pediátrica
	IT

- estabelecer parceria com os pais/família e reforçar o seu empoderamento, o que pressupõe o reconhecimento da sua experiência e do seu conhecimento sobre a criança;
- estabelecer uma relação de confiança e empatia com a criança e pais/família (e ajudar a reconhecer o que se sente);
- encorajar os pais/família a serem participantes ativos;
- explicar os procedimentos a realizar e as expectativas do desempenho do papel da criança e do papel parental;
- esclarecer dúvidas da criança e pais/família;
- sempre que possível, envolver a criança na prestação de cuidados;
- permitir que as crianças comuniquem os seus sentimentos e necessidades;
- reforçar o comportamento positivo da criança;
- elogiar o desempenho do papel parental, aumentando a autoconfiança e autoestima dos pais/família;
- promover a capacitação dos pais/família, através de informação, ensino, orientação e encaminhamento;
- promover a interação dos pais/família com a criança e a entreajuda entre eles;
- usar uma comunicação positiva.

(Conselho da Europa, 2006; Ordem dos Enfermeiros, 2015; Lopes, 2012)

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho da Europa (2006). Recomendação 19 do Comité de Ministros do Conselho da Europa para os Estados-Membros sobre a política de apoio à Parentalidade Positiva, adotada pelo Comité de Ministros a 13 de Dezembro de 2006.
2. Lopes, M. S. O. C. (2012). Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem. Tese de doutoramento.
3. Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização, Dezembro de 2015.

	Trabalho elaborado por: Filomena Leitão		
	No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica		

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	_____/_____/_____		

APÊNDICE IX – ESTUDO DE CASO



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica
Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório

ESTUDO DE CASO
Serviço de Internamento de Pediatria

Trabalho realizado por:

Filomena Leitão

Sob orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa, Dezembro de 2021

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO
3. COLHEITA DE DADOS
 - Identificação
 - História sociocultural
 - Genograma
 - Ecomapa
 - História de Saúde
4. PLANO DE CUIDADOS
5. CONCLUSÃO
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
7. ANEXOS

Lisboa, Dezembro de 2021

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a qual compreende a realização de 360h em estágio em diferentes contextos.

Este trabalho diz respeito ao estágio de 120h realizado num Serviço de Internamento de Pediatria, no período compreendido entre 15 de Novembro de 2021 e 18 de Dezembro de 2021, e consiste no estudo de caso de um menino a quem prestei cuidados durante o estágio.

Seguidamente, passarei a apresentar neste trabalho um breve enquadramento teórico seguido da apresentação do referido caso. Depois, apresento a conclusão e, por fim, as referências bibliográficas e os anexos.

A recolha de dados para a elaboração do estudo de caso foi feita por entrevista informal durante a prestação de cuidados e foi solicitada autorização dos pais da criança para a apresentação do trabalho, salvaguardando a confidencialidade e a proteção da identidade dos envolvidos, o que está de acordo com o dever de sigilo do Código Deontológico dos Enfermeiros (Artigo 106.º da Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tal como é apresentado na recomendação 19 do Conselho da Europa (2006), a família é o núcleo fundamental da sociedade e a parentalidade desempenha um papel essencial na sociedade e no futuro desta. A parentalidade está centrada na interação pais-criança e implica direitos e obrigações pelo desenvolvimento e realização pessoal da criança. (Conselho da Europa, 2006)

Dessa forma, é importante promover a parentalidade positiva como parte essencial do apoio disponibilizado à parentalidade e como um meio para garantir o respeito e a implementação dos direitos das crianças.

Segundo a mesma recomendação, entende-se por parentalidade positiva um comportamento parental baseado no melhor interesse da criança, que assegura a satisfação das suas necessidades e a sua capacitação, sem violência, proporcionando-lhe o reconhecimento e a orientação necessários, o que implica o estabelecimento de

Lisboa, Dezembro de 2021

limites ao seu comportamento, para possibilitar o seu pleno desenvolvimento. (Conselho da Europa, 2006)

Atuando num modelo de proximidade e de parceria com a criança e família, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ocupa uma posição privilegiada na promoção da parentalidade positiva.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), “este utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. (...) O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Este aspeto está de acordo com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, para quem é fundamental centrar os cuidados de enfermagem pediátrica não só na criança, como também na sua família, defendendo que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, sendo respeitado o seu conhecimento e experiência inigualáveis no cuidado aos filhos e valorizado o seu contributo na prestação de cuidados à criança. (Casey, 1993)

Este seu modelo constitui uma filosofia de cuidados de enfermagem que reconhece e valoriza a importância da família para o bem-estar da criança, na qual os cuidados são negociados com estes.

Segundo Anne Casey, o papel do enfermeiro é o de fornecer apoio, ensino e encaminhamento à família para que esta possa satisfazer as necessidades da criança.

As estratégias de apoio procuram a negociação e o envolvimento da família nos cuidados a prestar à criança, o qual se dá pelo desenvolvimento da relação de ajuda entre criança, família e enfermeiro. (Casey, 1993)

Tudo isto vem reforçar e apoiar a importância das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da importância do trabalho em conjunto com a família da criança, para que, detendo conhecimentos sobre o desenvolvimento e competências da criança e sobre o contexto de transição para a parentalidade, possa promover estratégias promotoras de uma transição saudável e positiva, que envolvam os pais de forma ativa. (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Este aspeto é reforçado pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017) que refere que, concebendo a família como contexto da criança/jovem, os cuidados de Enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva e de uma intervenção que traduz envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados.

Reconhecendo que a doença e a hospitalização da criança são acontecimentos inesperados para as famílias, que causam dor e sofrimento, e que podem dificultar a adaptação à parentalidade, muitas vezes por implicar uma crise de identidade parental com indefinição dos seus papéis, é necessário que o enfermeiro promova a adaptação à parentalidade e incentive a parentalidade durante a hospitalização. Neste contexto, intervenções de Enfermagem como promover a adaptação dos pais à doença; negociar com eles o papel parental; reconhecer os conhecimentos e competências parentais; informar e validar a informação; promover a capacitação parental e assisti-los no sofrimento são contributos essenciais para o processo de adaptação dos pais ao exercício do seu papel durante a hospitalização. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

De forma a assegurar o correto desenvolvimento da criança hospitalizada, o enfermeiro tem o dever de incluir os pais nos cuidados a prestar à criança. E deve conseguir avaliar a capacidade dos progenitores se envolverem, isto é, em adaptar o exercício da sua parentalidade à nova situação familiar. Para que essa parceria de cuidados seja plenamente conseguida, pede-se aos enfermeiros a habilidade para identificar as necessidades da criança, bem como as necessidades e capacidades dos pais, preparando-os gradualmente para manterem as suas funções durante a hospitalização. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

A prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de serviço de internamento de pediatria implica o diagnóstico e prestação de cuidados à criança/jovem e família em situação de doença, a colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, o estabelecimento de uma parceria de cuidados com a criança/jovem e família e de uma relação empática e de confiança, a promoção das competências parentais.

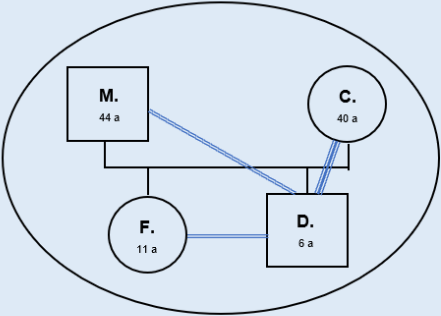
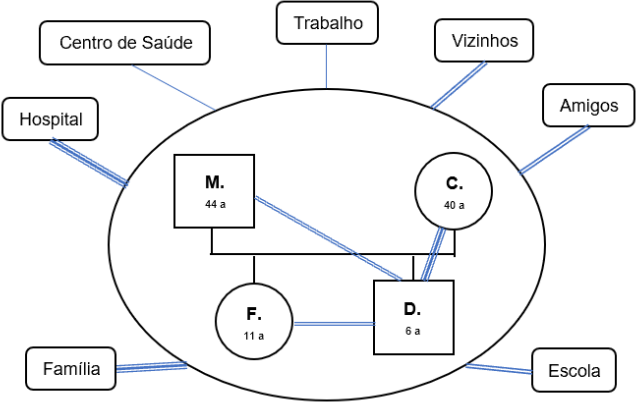
Perante o contexto de hospitalização, o enfermeiro deve ainda desenvolver as seguintes intervenções: promover a vinculação, mesmo quando a situação de doença pode dificultar ou condicionar essa relação; promover a satisfação das necessidades da criança (como alimentação, higiene, conforto, segurança, desenvolvimento, educação); estabelecer uma comunicação positiva, objetiva e que respeita a criança/jovem e família e o seu estágio de desenvolvimento, contexto social e cultural.

Os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e, tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões, é responsabilidade dos enfermeiros pediátricos promover a adaptação dos pais a esta realidade. O seu compromisso passa pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, capacitando-os para que eles possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Tudo isto está de acordo com a recomendação 19 do Conselho da Europa (2006), na qual são dadas orientações aos profissionais que trabalham com crianças ou cujo trabalho tem impacto nos direitos destas, nomeadamente:

- o estabelecimento de parcerias com os pais e o seu empoderamento, o que pressupõe o reconhecimento da experiência dos pais e do seu conhecimento sobre os seus filhos;
- aumentar a autoconfiança dos pais, enaltecendo as suas competências e potencial, e motivando-os a informarem-se e capacitarem-se. (Conselho da Europa, 2006)

3. COLHEITA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	O D. é um menino de 6 anos de idade, do sexo masculino, nacionalidade portuguesa.
HISTÓRIA SOCIOCULTURAL	<p>Vive com os pais e a irmã e frequenta o ensino escolar na localidade onde habita.</p> <p>A mãe e o pai são casados e têm o 9.º ano de escolaridade.</p> <p>A mãe trabalha numa intuição particular de solidariedade social e o pai trabalha na área comercial.</p> <p>A irmã tem 11 anos de idade e estuda.</p>
GENOGRAMA	 <p>(ver Anexo II-Legenda)</p>
ECOMAPA	 <p>(ver Anexo II-Legenda)</p>

Lisboa, Dezembro de 2021

HISTÓRIA DE SAÚDE	
Antecedentes Pessoais	<p>28/04/2015 – Nasceu de parto eutócico, com 39 semanas de gestação, 2995gr de peso e Índice de Apgar 9/10/10. Diagnóstico Pré-natal às 21 semanas de gestação de suspeita de cardiopatia congénita (Transposição dos grandes vasos? Truncus arteriosus?)</p> <p>19/05/2015 – Cirurgia para correção de Truncus arteriosus tipo I.</p> <p>30/04/2020 - Cirurgia para substituição do conduto Ventrículo Direito-Artéria Pulmonar e plastia da válvula trunca.</p> <p>23/09/2021 - Internamento por endocardite.</p>
Antecedentes familiares	Bisavó com sopro cardíaco
Terapêutica em ambulatório	<p>Terapêutica em ambulatório: Furosemida, Enalapril, Espironolactona, Ácido acetilsalicílico</p> <p>Terapêutica decorrente do internamento anterior: Furosemida 10mg, 6/6h, ORAL Enalapril 2,5mg, 2xdia, ORAL Espironolactona 12,5mg, 1xdia, ORAL Flucloxacilina 900mg, 4xdia, IV Rifampicina 180mg, 2xdia, ORAL Fluconazol 200mg, 24/24h, IV Enoxaparina 20mg, 12/12h, SC</p>
História de doença atual	<p>A 23/09/2021 iniciou quadro de tosse e febre, com diagnóstico posterior de endocardite da válvula trunca e do conduto valvulado pulmonar, tendo sido internado e iniciada antibioterapia.</p> <p>A 29/11/2021 foi transferido para o hospital onde atualmente se encontra internado para cirurgia de substituição do conduto e da válvula trunca por válvula mecânica.</p>
História de internamento	Internamento a 29/11/2021, apresentando bom estado geral e boa perfusão periférica mas palidez cutânea e mucosas descoradas e hidratadas. Eupneico em ar ambiente, com

Lisboa, Dezembro de 2021

respiração torácica simétrica e hemodinamicamente estável.
Com boa tolerância alimentar.

Apresentava cateter venoso central (CVC) não funcionante na veia jugular interna direita que foi retirado no primeiro dia, sem complicações, ficando com acesso venoso periférico heparinizado na mão esquerda que também já apresentava para administração de terapêutica.

Peso=16,8kg

Altura=117cm

IMC=12,3 (magreza)

TA=96/42mmHg

FC=94ppm

Sat O2=99% (em ar ambiente)

Temp=36,5°C

No dia 2/12/2021 foi submetido a cirurgia para substituição de conduto e colocação de válvula mecânica, tendo sido também colocado CVC na veia jugular esquerda. A cirurgia decorreu sem complicações, tendo ficado internado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) até dia 5/12/2021, dia em que foi transferido novamente para o serviço de internamento de pediatria.

No internamento, apresentou bom estado geral, pele e mucosas coradas e hidratadas. Eupneico e com FC estável. Apirético. Boa tolerância no desempenho das suas atividades. Manteve antibioterapia endovenosa por CVC.

Alimentou-se da sua dieta com boa tolerância alimentar, sendo que parte desta é trazida pelos pais do domicílio.

Apresenta micções com bom débito e dejeções mantidas.

No dia 14/12/2021 foi à UCI para substituição de CVC que ficou localizado na veia jugular direita. Procedeu-se também à remoção dos pontos de sutura dos antigos locais de inserção dos drenos torácicos e dos agrafos da esternotomia, ficando com as suturas expostas.

Plano terapêutico

Vancomicina 150mg, 6/6h, IV (1h-7h-13h-19h)

Rifampicina 170mg, 12/12h, IV (9h-21h)

Fluconazol 200mg, 24/24h, IV (19h)

Lisboa, Dezembro de 2021

	<p>Furosemida 15mg, 12/12h, PO (7h-19h) Espironolactona 12,5mg, 12/12h, PO (9h-21h) Captopril 18,75mg, 8/8h, PO (7h-15h-23h) Varfarina 1,25mg, 24/24h, PO (19h) Omeprazol 20mg, 24/24h, PO (7h) Paracetamol 250mg, SOS, IV Metamizol Magnésico 260mg, SOS, IV Cetorolac de Trometamina 8mg, SOS, IV</p>
<p>Avaliação física (9/12/2021)</p>	<p>O D. é uma criança tranquila. Vigil, consciente e orientado no tempo-espaço-pessoa. Discurso bem articulado e compreensível. Ativo e reativo. Bom estado geral. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Bem perfundido. Eupneico, sem sinais de dificuldade respiratória. Peso=16,3kg Altura=117cm IMC=11,9 (magreza) Tem cabelo castanho curto, distribuído regularmente pelo couro cabeludo. Pavilhões auriculares bem implantados e sem lesões ou otorreia. Apresenta olhos castanhos escuros, não necessitando de ortóteses. Pupilas reativas à luz e isocóricas. Narinas permeáveis e sem rinorreia. Dentição cuidada e branca, gengivas rosadas e sem sangramento e bom hálito. CVC na veia jugular esquerda com bom aspeto no local de inserção e com penso simples externamente limpo e seco. No tórax, apresenta sutura operatória mediana e longitudinal exposta, com pontos e agrafoes, com boa evolução cicatricial e sem sinais inflamatórios e outras duas pequenas suturas mais abaixo com pontos e com pensos simples externamente limpos e secos referentes aos antigos locais de inserção dos drenos torácicos. Abdómen mole, depressível e indolor à palpação. Membros superiores e inferiores sem compromisso neurocirculatório, aquecidos e com bom tónus muscular.</p>

Lisboa, Dezembro de 2021

	<p>Região dorsal com pele íntegra e sem alterações. Diurese e dejeções mantidas.</p> <p>Sinais vitais: FC=106ppm Sat O2=98% (em ar ambiente) TA=116/72mmHg Temp=36,5°C Dor = 0 (na Escala Visual Analógica - EVA) (ver Anexo I)</p>
<p>Avaliação do desenvolvimento</p>	<p>Segundo PIAGET e a sua teoria do desenvolvimento cognitivo, a criança com 6 anos de idade encontra-se no estágio pré-operatório, no qual não tem a real percepção dos acontecimentos, mas sim a sua própria interpretação. É a fase dos "porquês" e da exploração da imaginação, ou seja, do "faz de conta". No caso do menino D., este encontra-se a transitar para o estágio das operações concretas, demonstrando já gostar de contar e de resolver problemas matemáticos simples que envolvam adição e subtração. Característico das crianças em idade escolar, o menino D. apresenta alguma capacidade de raciocinar sobre o mundo e resolver problemas de forma lógica a partir de experiências concretas, ou seja, vendo, manipulando e experimentando.</p> <p>Segundo FREUD e a sua teoria psicanalítica, o D. encontra-se no estágio de latência (desde os 6 anos até à puberdade), no qual dirige a sua atenção para a aquisição de conhecimentos e para atividades sociais, como por exemplo com os colegas de escola. Durante o internamento, é notório o seu interesse por vídeos educativos sobre a aquisição de vocabulário noutras línguas e sobre o treino de escrita do alfabeto.</p> <p>Relativamente à teoria do desenvolvimento psicossocial de ERIKSON, o D. encontra-se no estágio produtividade versus inferioridade, no qual procura desenvolver habilidades em vários domínios e assim obter o reconhecimento por parte dos seus pares e pessoas significativas. Quando isto é</p>



conseguido, como por exemplo nos videojogos que joga, o D. mostra-se contente e orgulhoso de si e dos seus feitos. Segundo a mãe do D., apesar de estar ausente da escola, o D. não deixa de querer aprender mais e de desenvolver as suas capacidades.

4. PLANO DE CUIDADOS

Lisboa, Dezembro de 2021

Serviço: _____ Identificação do Utente: _____ Cama: _____

Plano de Cuidados

Início 9/12/21	Diagnóstico de Enfermagem: Atitude face aos cuidados dificultadora por parte da mãe da criança (decorrente da prestação de cuidados no turno anterior)			Fim 9/12/21
	Resultado Esperado: Que a mãe da criança verbalize e demonstre uma atitude positiva face aos cuidados			
Data 9/12/21	Intervenção de Enfermagem 1. Estabelecer confiança e empatia com a criança/pais 2. Demonstrar capacidade para ouvir 3. Promover comunicação efetiva 4. Manter dignidade e privacidade 5. Facilitar capacidade para comunicar sentimentos 6. Facilitar capacidade para comunicar necessidades 7. Promover relacionamento positivo	Horário Sem horário (todas as intervenções)	Avaliação 9/12/21 - A mãe da criança mostrou-se receptiva ao diálogo com a enfermeira e agradeceu a preocupação demonstrada para com ela, com a situação e a compreensão do seu ponto de vista. A mãe da criança demonstrou uma atitude positiva face aos cuidados prestados pela enfermeira.	Assinatura

Lisboa, Dezembro de 2021

	<ol style="list-style-type: none"> 8. Identificar atitude face aos cuidados 9. Facilitar capacidade dos pais para desempenhar papel parental 10. Facilitar capacidade dos pais para participar no planeamento de cuidados 11. Facilitar capacidade dos pais para participar no plano de cuidados 12. Envolver a criança/pais no processo de tomada de decisão 13. Informar sobre os cuidados prestados e a prestar e validar a informação transmitida à criança/pais 14. Promover a capacitação dos pais, através de ensino e orientação 15. Reforçar capacidades parentais e da criança 16. Reforçar comportamento positivo da criança/pais 17. Promover parentalidade efetiva 18. Avaliar evolução da satisfação com cuidados de saúde 			
--	---	--	--	--

Lisboa, Dezembro de 2021

Plano de Cuidados (continuação)

Início 9/12/21	Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infeção por presença de cateter venoso central		Fim
	Resultado Esperado: Que o utente não apresente sinais de infeção		
Início/Fim	Intervenção de Enfermagem	Horário	Avaliação
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manter medidas de prevenção de infeção 2. Implementar técnica asséptica 3. Otimizar cateter venoso central 4. Gerir cateter venoso central 5. Gerir regime medicamentoso 6. Manusear medicação 7. Administrar medicação 8. Vigiar local de inserção do cateter venoso central 9. Avaliar sinais e sintomas de infeção 10. Executar cuidados ao local de inserção do cateter venoso central 11. Vigiar penso do cateter venoso central 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sem horário 2. Sem horário 3. Sem horário 4. Sem horário 5. Conforme prescrição 6. Conforme prescrição 7. Conforme prescrição 8. Sem horário 9. Sem horário 10. De 5 em 5 dias e SOS 11. Sem horário 	<p>9/12/21 – O utente apresenta um cateter venoso central na veia jugular esquerda para administração de terapêutica. O local de inserção do cateter não apresenta sinais inflamatórios.</p> <p>Procedeu-se à correta lavagem das mãos antes e após o manuseamento do cateter venoso central.</p> <p>Desinfetou-se o local para administração de terapêutica do cateter venoso central e procedeu-se à administração da terapêutica prescrita.</p> <p>Foi retirado antigo penso do local de inserção do cateter venoso central por se encontrar molhado e a descolar.</p> <p>Foi realizada limpeza e desinfecção do local de inserção do cateter venoso central que não apresentava sinais inflamatórios e colocado novo penso transparente com técnica asséptica que ficou externamente limpo e seco.</p>
			Assinatura

Lisboa, Dezembro de 2021

Plano de Cuidados (continuação)



Início	Diagnóstico de Enfermagem: Feridas cirúrgicas presentes			Fim
9/12/21				
Data	Intervenção de Enfermagem	Horário	Avaliação	Assinatura
	<p>Resultado Esperado: Que o utente apresente cicatrização efetiva das feridas cirúrgicas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manter medidas de prevenção de infeção 2. Implementar técnica asséptica 3. Vigiar feridas cirúrgicas 4. Vigiar evolução da cicatrização das feridas cirúrgicas 5. Avaliar sinais e sintomas de infeção 6. Executar cuidados às feridas cirúrgicas 7. Vigiar pensos das feridas cirúrgicas 8. Ensinar sobre cuidados às feridas cirúrgicas 9. Ensinar sobre cicatrização das feridas cirúrgicas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sem horário 2. Sem horário 3. Sem horário 4. Sem horário 5. Sem horário 6. Turno fixo e SOS 7. Sem horário 8. Sem horário 9. Sem horário 	<p>9/12/21 – O utente apresenta sutura operatória mediana e longitudinal exposta, com pontos e agraíes, com bordos unidos e com boa evolução cicatricial, sem cheiro, sem exsudado e sem sinais inflamatórios. Tanto a ferida cirúrgica como a zona adjacente apresentam-se rosadas.</p> <p>Apresenta outras duas pequenas suturas mais abaixo com pontos e pensos simples externamente limpos e secos, referentes aos antigos locais de inserção dos drenos torácicos.</p>	

Lisboa, Dezembro de 2021

Plano de Cuidados (continuação)



Início	Diagnóstico de Enfermagem: Processo cardíaco comprometido		Fim
9/12/21			
	Resultado Esperado: Que o utente apresente um processo cardíaco melhorado		
Data	Intervenção de Enfermagem	Horário	Avaliação
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão sanguínea, saturação de oxigénio sanguíneo com oxímetro de pulso, temperatura corporal, dor) 2. Monitorizar peso corporal 3. Monitorizar ingestão de alimentos 4. Monitorizar ingestão de líquidos 5. Vigiar eliminação urinária 6. Vigiar eliminação intestinal 7. Monitorizar tolerância à atividade 8. Avaliar perfusão dos tecidos 9. Gerir regime medicamentoso 10. Manusear medicação 11. Administrar medicação 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hora fixa e SOS 2. Turno fixo 3. Sem horário 4. Sem horário 5. Sem horário 6. Sem horário 7. Sem horário 8. Sem horário 9. Conforme prescrição 10. Conforme prescrição 11. Conforme prescrição 12. Sem horário 13. Sem horário 14. Sem horário 	<p>9/12/21 – Avaliados sinais vitais às 9h e às 15h, conforme protocolo do serviço.</p> <p>O utente apresenta bom estado geral, boa perfusão periférica e pele e mucosas coradas e hidratadas.</p> <p>Eupneico em ar ambiente, com respiração torácica simétrica, sem sinais de dificuldade respiratória e hemodinamicamente estável.</p> <p>Apresenta monitorização cárdio-respiratória dentro dos parâmetros normais para a idade, com saturação de oxigénio sanguíneo superior a 97% em ar ambiente.</p> <p>Apirético.</p> <p>Dor 0 (zero) na Escala Visual Analógica.</p> <p>Avaliado peso corporal=16,3kg</p> <p>Boa tolerância no desempenho das suas atividades.</p> <p>Alimentou-se da sua dieta com boa tolerância alimentar.</p> <p>Apresentou micções com bom débito e dejectões mantidas.</p> <p>Administrada terapêutica prescrita.</p>

Lisboa, Dezembro de 2021

	<p>12. Avaliar evolução da resposta a medicação</p> <p>13. Avaliar evolução do status cardíaco pós-cirurgia</p> <p>14. Ensinar sobre regime de reabilitação cardíaca</p>			
--	--	--	--	--

|

Lisboa, Dezembro de 2021

5. CONCLUSÃO

A experiência vivida em contexto de estágio em Serviço de Internamento de Pediatria e a elaboração deste trabalho contribuíram para a aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP, ao mesmo tempo que proporcionaram a reflexão sobre o meu percurso individual de aprendizagem.

Este estágio permitiu contribuir para a clarificação e orientação do meu percurso no contexto do desenvolvimento de competências na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob a temática da promoção da parentalidade positiva.

Promover a parentalidade positiva é essencial para o desenvolvimento da família, na medida em que garante o respeito pela criança e pelos seus direitos.

Atuando num modelo de proximidade e de parceria com a criança e família, o enfermeiro assume um papel importante no apoio a essa mesma parentalidade positiva.

Simultaneamente, este estágio permitiu refletir sobre como a criança e a família vivenciam a situação de doença e hospitalização da criança e que mecanismos de adaptação adoptam para lidar com a situação.

Reconhecendo que a doença e a hospitalização da criança são acontecimentos que podem dificultar a adaptação à parentalidade, é necessário que o enfermeiro promova essa mesma adaptação e incentive a parentalidade durante a hospitalização.

Dessa forma, negociar com os pais a parentalidade implica que estes se sintam parte integrante da equipa, sentindo-se mais confiantes quanto às suas capacidades de cuidar da criança, tomando decisões conjuntas partilhadas e facilitando a manutenção de laços familiares, o que se torna importante para o seu ajustamento psicológico e social durante a hospitalização. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Um outro aspecto a salientar, prende-se com o desenvolvimento de conhecimentos e competências decorrentes da pesquisa efetuada e da elaboração do estudo de caso, o qual apresenta o plano de cuidados construído segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Lisboa, Dezembro de 2021

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

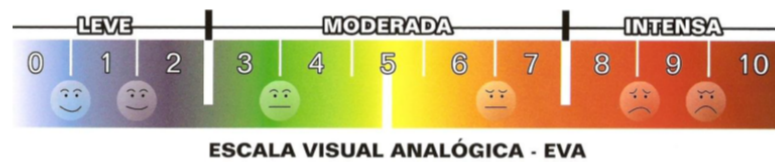
1. Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Quarteto Editora, 2001.
2. Casey, Anne (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: GLASPER, E.; TUCKER, A. – Advances in child health nursing. London: Scutari Press.
3. Conselho da Europa (2006). Recomendação 19 do Comité de Ministros do Conselho da Europa para os Estados-Membros sobre a política de apoio à Parentalidade Positiva, adotada pelo Comité de Ministros a 13 de Dezembro de 2006.
4. Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Maio de 2016.
5. Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização. Série 1, n.º 8. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da OE. Dezembro de 2015.
6. Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Série 1, n.º 6. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da OE. Setembro de 2013.
7. Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - volume I, Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Setembro de 2010.
8. Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Novembro de 2017.
9. Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140. Diário da República n.º 26.
10. Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica n.º 422. Diário da República, 2ª série, n.º 133.

Lisboa, Dezembro de 2021

7. ANEXOS

ANEXO I - ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

- Indicada para crianças a partir dos 6 anos;
- Cada face indica que a dor vai aumentando;
- Nunca utilizar expressões como triste ou contente;
- Assegurar que a criança compreendeu a explicação;
- Pedir que aponte a face a que corresponde a sua dor naquele momento.

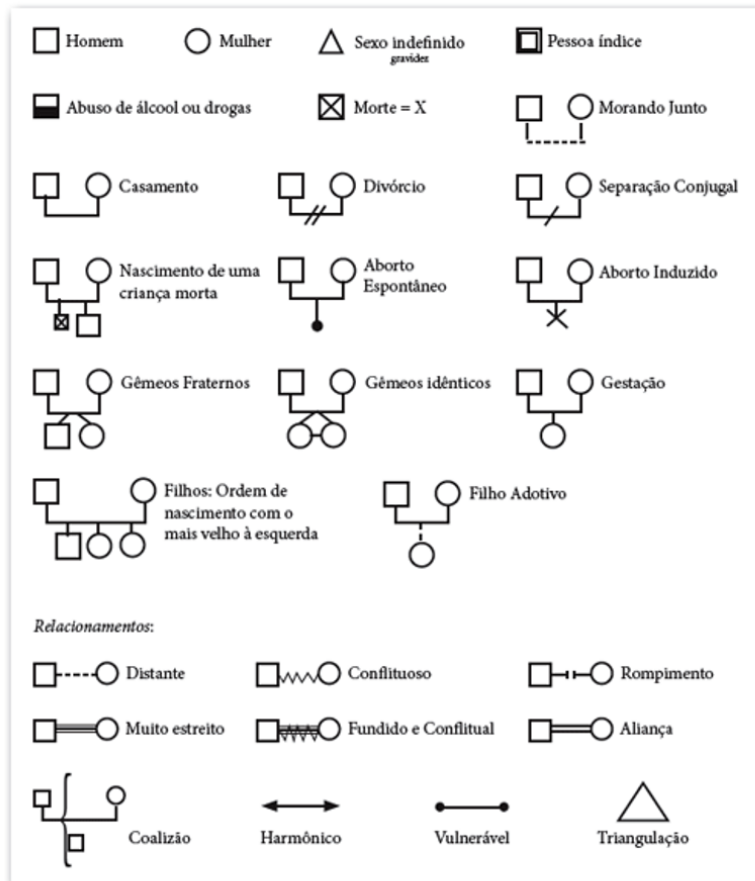


Direção Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: 2003; nº09/DGCG2

Fonte: adaptado do Manual de Procedimentos em Enfermagem do Serviço de Internamento em Pediatria

Lisboa, Dezembro de 2021

ANEXO II – LEGENDA DO GENOGRAMA E ECOMAPA



Fonte:

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/3/unidades_conteudos/unidade_11/p_07.htm

Lisboa, Dezembro de 2021

