



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por

Sara Alexandra Baptista Ribeiro

Porto, março de 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

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

Por

Sara Alexandra Baptista Ribeiro

Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, março de 2023

RESUMO

A multiplicidade de influências a que uma criança e a sua família estão sujeitas ao longo do seu ciclo vital, tornando-as por vezes vulneráveis na sua saúde, determina que os Enfermeiros que cuidam deles sejam detentores de um perfil de competências específicas que lhes confere habilidades na área do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este relatório surge na sequência da procura deste perfil de competências através do Curso de Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa-Porto com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. Este documento pretende apresentar o percurso desenvolvido para cumprir os objetivos e competências propostas pela unidade curricular Estágio Final e Relatório, realizado no contexto de cuidados intensivos neonatais, serviço de urgência pediátrica e cuidados de saúde primários. As competências a desenvolver no estágio foram organizadas de acordo com os quatro domínios de competências que emergem do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, nomeadamente a Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. Deste documento consta uma reflexão crítico-reflexiva de todas as atividades executadas para a consecução dos objetivos, sempre numa estreita relação com a evidência científica. Foram áreas de atenção particular a comunicação com a criança e família, as situações de especial complexidade, os cuidados centrados no desenvolvimento, a promoção da saúde, a vigilância do desenvolvimento infantil e juvenil e a promoção do papel parental, ao mesmo tempo que se consideraram a todo o momento os processos de transição que as crianças e famílias experienciavam. Foi também apreciado o indiscutível papel do Enfermeiro nas áreas da Formação, Gestão e Investigação. Este percurso permitiu-me adquirir as competências no escopo de ação do Enfermeiro com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde Infantil e Pediátrica, Competências, Criança/Família.

ABSTRACT

The multiplicity of influences to which a child and his family are subjected to throughout their life cycle, sometimes making them vulnerable in their health, determines that the Nurses who care for them must detain a profile of specific competencies that gives them the ability to act within the Infant Health and Pediatric Specialist Nurse area. The present report arises following the search for this profile of specific competencies through the Master's Course in Nursing at the Institute of Health Sciences at the Universidade Católica Portuguesa – Porto with a specialization in Child and Pediatric Health. This document aims to present the followed path to fulfill the objectives and competencies proposed by the curricular unit Final Internship and Report carried out in the context of neonatal intensive care, pediatric emergency service and primary health care. The competencies to be developed throughout the internship were organized according to the four domains of competencies that emerged from the study plan of the Master's Course, specifically Provision of Care, Management of Care, Training and Research. This document contains a critical-reflexive reflection of all the activities carried out to achieve the proposed objectives, always linked to scientific evidence. Areas of particular attention were communication with the child and family, situations of special complexity, care centered on development, promotion of health, monitoring of the child and the youth development and promotion of the parental role, while considering at all times the transition processes that children and families were experiencing. The indisputable role of the nurse in areas like training, management and research was also valued. This journey allowed me to acquire skills within the scope of action of a Nurse with a Specialization in Child and Pediatric Health.

Keywords: Nursing, Child and Pediatric Health, Skills, Child/Family

*As necessidades da criança são inalienáveis, são irredutíveis, são inquestionáveis.
Assegurá-las é, inequivocamente, o nosso mandamento e terá de ser, assim, a nossa
missão.*

João Gomes-Pedro

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Isabel Quelhas um especial e sentido agradecimento pela disponibilidade, compreensão e suporte. Obrigada pela excelente e dedicada orientação.

A todos os professores que fizeram parte deste caminho por me tornarem melhor Enfermeira.

Aos enfermeiros tutores que participaram na minha formação, obrigada pela vossa generosidade.

Às minhas colegas de trabalho que me apoiaram de tantas e distintas formas. À minha Enfermeira Chefe que foi incansável no apoio, e que me serve de exemplo a seguir todos os dias.

Aos meus colegas de curso que por igualdade de circunstâncias me proporcionaram sentido de pertença tão importante neste percurso.

Aos meus amigos que foram sempre ouvintes atentos e facilitadores das catarses necessárias.

À minha família, que foram a minha amarração em tempos de tempestade. Obrigada pelo amor e pela mão estendida que tantas vezes agarrei.

À minha filha, que a todo momento, mas em particular nos mais desafiantes, me lembrou com simplicidade e ternura o verdadeiro sentido da vida.

Ao meu marido, pelo verdadeiro apoio incondicional durante todo o percurso e pela sua capacidade de me regenerar quando as forças faltaram. Obrigada pelo amor, pela estrutura emocional e pela presença firme.

SIGAS E ACRÓNIMOS

EESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

CSP - Cuidados de Saúde Primários

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

RN - Recém-nascido

UCEN - Unidade De Cuidados Especiais Neonatais

NACJR - Apoio a Crianças e Jovens em Risco

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

TAC - Tomografia Axial Computorizada

KIDSCARE - Knock, Introduce, Determine, Safety, Clean, Advocate, Respond, Explain

DGS - Direção Geral da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

IPSS - Institutos Particulares de Solidariedade Social

AES - Ação de Educação para a Saúde

PBE - Prática baseada na evidência

ÍNDICE

1. Introdução.....	13
2. Aprendizagem em enfermagem: um processo contínuo e evolutivo.....	17
3. Caracterização dos locais de estágio.....	21
3.1. Contexto hospitalar.....	21
3.2. Contexto de cuidados de saúde primários.....	23
4. Desenvolvimento de competências especializadas.....	25
4.1. Domínio da prestação de cuidados.....	25
4.2. Domínio da gestão.....	58
4.3. Domínio da investigação.....	64
4.4. Domínio da formação.....	69
5. Conclusão.....	75
6. Referências bibliográficas.....	79
Apêndices.....	85
Apêndice I – Ação de educação para a saúde “Reconhecimento e gestão das emoções”.....	87
Apêndice II – Ação de educação para a saúde “Diversificação alimentar, baby-led weaning”.....	109
Apêndice III – Ação de educação para a saúde “Curso de massagem infantil”.....	135
Apêndice IV – Revisão integrativa da literatura: A influência do estilo parental na inteligência emocional da criança/adolescente.....	167

1. INTRODUÇÃO

O relatório que aqui se inicia integra-se no curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, mais concretamente, na unidade curricular Estágio Final e Relatório. Esta unidade curricular, desenvolve-se de acordo com a alínea b) do nº 1 do artigo 20º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto.

A presente unidade curricular desenvolveu-se ao longo de 840 horas com um total de 30 “European Credit Transfer System”. As horas totais foram distribuídas por horas de contacto, nomeadamente 20 horas de Seminário, 20 horas de Orientação Tutorial e também por 360 horas nos contextos da prática profissional. As restantes 440 horas consistiram em trabalho autónomo que pretende oferecer estrutura de suporte às aprendizagens que se estão a desenrolar e que se pretendem encetar, recorrendo aos recursos de informação, nomeadamente a evidência científica, de forma a atingir os objetivos propostos pela unidade curricular permitindo assim, atingir as competências que ao grau de mestre dizem respeito e que estão descritas no decreto lei alínea b) do nº 1 do artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto.

O presente relatório pretende apresentar o percurso desenvolvido ao longo do estágio para cumprir os objetivos específicos e atividades delineadas para a consecução dos objetivos e competências esperadas para a unidade curricular, a considerar:

- Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de Especialização;
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Demonstrar capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Ser capaz de comunicar as conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências.
- Ser capaz de desenvolver uma aprendizagem de forma autónoma.

Para além destes objetivos fazerem parte do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, eles irão simultaneamente permitir alcançar o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

Todo o processo formativo foi acompanhado pelo professor orientador da escola, Doutorado e com o título profissional de Enfermeiro especialista no ramo de especialização do curso, em articulação com um Enfermeiro tutor, que orientou o estágio desenvolvido em contexto clínico. Os estágios decorreram em ambiente hospitalar, nomeadamente em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), de Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e também em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), numa Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade (UCC) e Unidade de Saúde Familiar (USF).

Este relatório obedece a uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva. Esta metodologia consiste no processo de analisar as próprias ações e experiências, a fim de obter uma compreensão mais profunda de si próprio e da própria prática. A prática reflexiva promove um processo mental através da análise crítica dos entendimentos tácitos que surgiram em torno das experiências repetitivas de uma prática especializada, dando assim novo sentido a situações singulares e não estruturadas que provêm dessa prática. Esta metodologia encoraja o desenvolvimento de teorias tanto cognitivas como afetivas do comportamento moral e ético, e visa integrar estas teorias nos sistemas de crenças pessoais como resultado de experiências, em vez de absorver passivamente regras de conduta profissional. Este processo irá permitir em última instância crescimento profissional aproximando assim a teoria e a prática da enfermagem e expandindo o corpo de conhecimentos de enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016).

O desenvolvimento de todas estas competências permitirá que no fim deste ciclo de estudos eu tenha adquirido o conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que são esperadas aos Enfermeiros com Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

O presente trabalho está estruturado em seis capítulos iniciando-se nesta introdução à qual se segue o segundo capítulo onde são abordadas, de forma sintética, algumas das competências que foram parcialmente desenvolvidas no âmbito do estágio do segundo semestre do primeiro ano letivo deste curso de mestrado. No terceiro capítulo é feita uma descrição dos contextos de assistenciais que me permitiram desenvolver as competências esperadas para esta unidade curricular. No quarto capítulo, analiso através de uma reflexão crítica as atividades desenvolvidas para fazer face ao desenvolvimento de competências preconizadas no plano de estudos, seguindo-se o quinto capítulo onde concretizo uma análise transversal ao relatório e ao percurso de aprendizagem. Por fim, seguem-se todas as referências bibliográficas aludidas ao longo deste relatório respeitando a norma de referência da *American Psychological Association* 6ª edição e posteriormente os apêndices que complementam o relatório facilitando a compreensão de algumas atividades desenvolvidas.

2. APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM: UM PROCESSO CONTÍNUO E EVOLUTIVO

O exercício profissional da enfermagem, bem como o processo de aprendizagem em enfermagem deve ser um processo dinâmico e evolutivo. A multiplicidade de situações profissionais vivenciadas pelos enfermeiros associada à constante evolução científica e tecnológica da área da saúde impõe ao Enfermeiro uma perspectiva de aprendizagem contínua na procura de conhecimento e competências. Esta noção de aprendizagem evolutiva irá fazer face às necessidades de formação necessárias para a tomada de decisão que orienta o exercício de enfermagem, incorporando assim os resultados da formação e investigação na sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Todas as competências anteriormente adquiridas em contexto prático ou de formação foram acrescentadas às competências desenvolvidas na unidade curricular “A saúde da criança e da família – vigilância e decisão clínica”, concretizado no 1º ano do curso e em contexto de Internamento Pediátrico. Estas totalizam o leque de competências que serviram de base para a aquisição de novas competências e o aprofundamento de outras, da unidade curricular Estágio Final e Relatório. Gostaria de destacar algumas das competências desenvolvidas no estágio “A saúde da criança e da família – vigilância e decisão clínica” por considerar que as mesmas foram preponderantes para o desenvolvimento das competências esperadas na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório.

A **capacidade de diagnóstico e juízo clínico** apresenta-se como sendo a base para o exercício profissional em Enfermagem. O cuidado de enfermagem deve ter como base estrutural uma metodologia científica proporcionando a formulação de diagnósticos baseada na análise e mensuração das respostas humanas à doença ou saúde. A precisão destes diagnósticos pode ser influenciada pela capacidade diagnóstica do enfermeiro visto que é necessário que o mesmo interprete as respostas do doente à situação de doença (Silva, et al., 2022). Para diminuir a possibilidade de erro de julgamento por parte do enfermeiro é necessário que estes diagnósticos sejam baseados numa metodologia científica assente nos modelos conceptuais de enfermagem. A unidade curricular de Teorias Enfermagem foi

preponderante no amadurecimento dos processos cognitivos desenvolvidos no processo de enfermagem. O processo de enfermagem

“fornece uma matriz em que podem ser satisfeitas as necessidades do indivíduo, da sua família e da comunidade (...) os seus passos focalizam a atenção do enfermeiro nas respostas humanas individuais (...) proporciona um método sistemático organizado na resolução de problemas minimizando erros e omissões perigosas na prestação de cuidados” (Doenges & Moorhouse citado em (Silva A. P., 2006, p. 129).

O processo de enfermagem deve ser sempre encarado como o método ideal para o desenvolvimento de competências de avaliação e decisão diagnóstica na prestação de cuidados, favorecendo o juízo clínico. O estágio na Pediatria consistiu no primeiro contexto acadêmico onde pude colocar em prática esta metodologia após todas as aprendizagens ao longo do processo formativo.

No cuidado Especializado em Saúde Infantil e Pediátrica é necessário que Enfermeiro desenvolva **conhecimento sobre a complexidade dos problemas de saúde da criança e família** permitindo que o mesmo consiga dar resposta em diversas áreas antecipando e respondendo a situações inesperadas e avaliando de forma sistemática as necessidades da família e da sua dinâmica. As situações de especial complexidade vivenciadas no estágio passaram essencialmente pela promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, no decorrer do diagnóstico de Diabetes Inaugural. Foi utilizado o modelo de Parceria de Cuidados baseado no reconhecimento e no respeito pela competência da família no cuidado do filho estabelecendo uma relação interpessoal entre duas ou mais pessoas que trabalham em conjunto para atingir um objetivo mútuo e bem definido (Casey, 1995). Encontrar soluções e meios para dar resposta a essas necessidades foi uma das competências desenvolvidas no estágio anterior, mas pela sua abrangência e relevância nos cuidados pediátricos foi consolidada na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório.

Considerando ainda a complexidade dos problemas da saúde da criança, mas acrescentando a relevância da execução de **intervenções adequadas, em diferentes contextos de cuidados, à criança e família**, gostaria de reforçar a importância do reconhecimento dos comportamentos associados aos fatores de stress do internamento e à implementação de intervenções adequadas de forma a minimizá-los. O internamento deve ser encarado pelo

profissional de saúde como sendo um momento verdadeiramente stressante para a criança, com várias ameaças percebidas pela própria à sua integridade física e emocional. Inúmeros fatores podem impactar na experiência da criança durante a hospitalização colocando-a numa situação de maior ou menor vulnerabilidade (Hockenberry & Wilson, 2014). Durante o estágio anterior, pude desenvolver as minhas aptidões enquanto enfermeira no entendimento dos processos mentais da criança e das suas competências emocionais para lidar com momentos tão adversos propiciados pela hospitalização. Esta competência trouxe-me benefícios terapêuticos extraordinários, na medida em que me permitiu o reconhecimento da inabilidade da criança na gestão emocional das dificuldades com que se defronta, inabilidade essa que se reflete em comportamentos. Reconhecendo essas dificuldades, processos simples como acolher os sentimentos da criança e dar início a um possível diagnóstico de enfermagem com intervenções que pretenderão atenuar e/ou eliminar os fatores de stress associados à hospitalização surgem quase naturalmente. A corroborar a importância do desenvolvimento desta competência, Hockenberry & Wilson (2014) afirmam que quando os profissionais de saúde não entendem cada etapa do comportamento associado ao fator de stress ansiedade de separação, estes profissionais podem erradamente rotular os comportamentos da criança como positivos ou negativos quando na realidade não devem ser percebidos desta forma.

Uma das estratégias reconhecidas como incontornáveis na pediatria para diminuir o stress associado ao internamento é o jogo. Ele é ser considerado uma pedra angular na vida da criança, promove o desenvolvimento, proporciona diversão, relaxamento, e promove a sensação de segurança num local desconhecido (Hockenberry & Wilson, 2014). O jogo foi uma estratégia que considerei frequentemente como forma de aproximação à criança e um meio para a realização de objetivos terapêuticos, por estes motivos utilizei-o em diversas situações tendo sempre em consideração a faixa etária e o contexto.

A Ordem dos Enfermeiros no seu Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista enuncia que o enfermeiro deve responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. Foi neste sentido que no estágio na Pediatria **promovi uma formação em serviço na área da especialização** deste Curso de Mestrado. Consultei o plano anual de formação, questionei alguns Enfermeiros sobre inquietações formativas e por fim identifiquei possíveis necessidades formativas. Foi então desenvolvida

uma formação de pares mobilizando diferentes fontes na busca da evidência científica e recomendações internacionais relativas ao tema.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Os locais de estágio são o ambiente de excelência para o ensaio de todos os conhecimentos teóricos aprendidos e consolidação de todas as competências previamente adquiridas. Os ambientes de estágio da presente Unidade Curricular foram o contexto hospitalar, na UCIN e no SUP e o contexto de cuidados de saúde primários, na UCC e na USF. Os diferentes contextos de estágio permitiram-me experienciar um leque abrangente de experiências tendo em consideração que cada um deles tem uma especificidade muito própria. Contextos bem distintos, onde o foco da ação do enfermeiro se orienta ora para prevenção da doença ora para o tratamento da mesma, no entanto sempre com o mesmo propósito, a promoção da saúde e bem-estar da criança e da família. Os contextos de estágio possibilitaram-me também o contacto com diversos profissionais que de forma muito generosa participaram no meu percurso enquanto EESIP.

3.1.CONTEXTO HOSPITALAR

O hospital onde foi realizado o estágio tem uma área de atração principal de cerca de 500 mil pessoas. A sua atividade assistencial de cuidados presta assistência direta à população de cinco concelhos, atuando ainda como referência aos utentes de mais três concelhos que o desejarem em áreas especializadas. O Hospital está dotado de praticamente todos os serviços de prestação de cuidados, com cerca de 500 camas para internamento, complementados por serviços de suporte, assim como de serviços de gestão e logística. Tanto a Neonatologia como o Serviço de Urgência Pediátrica estão integrados na área assistência da Saúde da Mulher e da Criança onde também fazem parte os serviços de Obstetrícia, Unidade de Procriação Medicamente Assistida, Pediatria e Urgência Obstétrica.

3.1.1. Serviço de Neonatologia

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais dedica os seus cuidados a recém-nascidos (RN) desde as 24 semanas de gestação até aos 28 dias de vida e às suas famílias, prestando

cuidados diferenciados e de excelência aos recém-nascidos da área de abrangência do hospital. Nesta unidade são prestados cuidados de saúde, intensivos e especiais aos recém-nascidos, acolhendo e integrando da melhor forma possível a respetiva família.

O serviço é constituído por uma área de apoio à prática de cuidados, realço um pequeno laboratório (para análises rápidas como gasimetrias ou verificação dos níveis de bilirrubina no sangue) o lactário (local onde as mães podem realizar a extração mecânica de leite materno), um gabinete exclusivo para a preparação de medicação, um armazém avançado (que responde à demanda de material específica de uma unidade de cuidados intensivos), um vestiário para os profissionais e por fim uma ampla sala, com várias camas para o descanso dos pais onde podem pernoitar visto que os acompanhantes dos RN podem permanecer no serviço 24 horas por dia.

A área de prestação de cuidados divide-se por dois locais: a unidade de cuidados intensivos¹ e a Unidade de Cuidados Especiais Neonatais² (UCEN). Os RN são alocados de acordo com o seu estado de saúde, nomeadamente a instabilidade das suas funções vitais. Tanto a UCEN como os cuidados intensivos estão organizados em espaços abertos com berços ou incubadoras respetivamente. Existem também dois quartos para a prestação de cuidados a RN em isolamento. Ambos os serviços estão equipados com um posto de controlo onde é feita a vigilância e registo dos parâmetros vitais dos RN.

Nos cuidados intensivos existe uma separação envidraçada entre as incubadoras e a central de vigilância favorecendo o contacto visual, mas também permitindo isolamento acústico.

3.1.2. Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica é um serviço de urgência médico cirúrgica e corresponde ao segundo nível de acolhimento das situações de urgência. Este serviço integra um apoio diferenciado à rede de serviços de urgência básico e deve referenciar sempre que necessário para o serviço de urgência polivalente, que corresponde ao nível mais diferenciado de

¹ UCIN - Presta cuidados a RN de alto risco, com possibilidade de deterioração aguda ou com doenças complexas e críticas que requeiram terapêuticas e intervenções invasivas (Critérios definidos no Hospital onde decorreu o estágio numa norma interna).

² UCEN – Presta cuidados a RN estáveis, que requerem vigilância e cuidados a um nível superior ao prestado nas enfermarias do Serviço de Obstetrícia, mas que não cumprem os critérios de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (RN de médio risco) (Critérios definidos no Hospital onde decorreu o estágio numa norma interna).

resposta às situações de urgência e emergência (Ministério da Saúde, 2014). Aos serviços de urgência cabe a *“recepção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar”* (ACSS, 2015, p. 1).

O SUP encontra-se na mesma estrutura do serviço de urgência de adultos, no entanto num espaço próprio e bem definido. Partilham entre si apenas a sala de emergência. Após a entrada na triagem, o circuito pediátrico é totalmente independente à exceção das crianças que necessitem de ser vistas por especialidades como otorrino, oftalmologia, ortopedia entre outras. Após a triagem as crianças aguardam numa sala de espera independente com condições apropriadas às suas necessidades, nomeadamente fraldário e espaço de amamentação. O sistema de Triagem adotado é o Protocolo de Triagem de Manchester. Destaco ainda 3 gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, e três áreas de observação, duas delas onde permanecem as crianças após a primeira observação médica, sendo que numa delas são realizados procedimentos como punções, cateterizações vesicais entre outros, e outra onde ficam as crianças em observação num período mais longo.

3.2.CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os Cuidados de Saúde Primários constituem o *“primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados”* (Ministério da Saúde, 2008, p. 1182). Existem várias unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde que pretendem fazer cumprir a missão dos agrupamentos de centros de saúde. O estágio decorreu na unidade funcional designada de Unidade de Cuidados na Comunidade. Esta unidade tem como intencionalidade

“prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Ministério da Saúde, 2009, p. 15438).

A UCC conta com 45412 utentes inscritos servindo 2516 crianças com menos de 6 anos de idade, com uma população jovem (não especificada a faixa etária) de 18,18% (Ministério da Saúde, 2023). A equipa da UCC é composta por dez enfermeiros, um assistente social e um psicólogo. É constituída por gabinetes de trabalho e uma sala multifuncional utilizada para sessões de formação e cursos que são ministrados pela UCC.

Diversas atividades são desenvolvidas pela UCC, no entanto os enfermeiros de Saúde Infantil Pediátrica desenvolvem sobretudo atividades ao abrigo do programa de saúde escolar, cursos para a promoção do papel parental e são parte integrante do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

No decorrer do estágio tive a oportunidade de realizar consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil numa USF que tem 12207 utentes inscritos, com 683 crianças com menos de 6 anos de idade e uma população jovem não especificada de 18,07% (Ministério da Saúde, 2023). Numa USF o significado da família como uma unidade de cuidados ganha uma nova perspetiva. Se os cuidados à criança em qualquer contexto são centrados nela e na família que ela integra, o enfermeiro de família numa USF apropria-se do contexto familiar como um todo, o que lhe irá trazer inúmeras informações relativas às fraquezas e forças da unidade familiar, nomeadamente quais as influências culturais, socioeconómicas, crenças e práticas de saúde da família, promovendo assim a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento ao longo de todo o ciclo vital. O EESIP constitui um elemento fundamental nos CSP visto que, para além dos cuidados que exerce, oferece apoio especializado na sua área aos enfermeiros que cuidam de crianças e famílias, mas não têm formação diferenciada nesta área.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

A Ordem dos Enfermeiros define, no seu Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), as competências que são transversais a todos os enfermeiros especialistas, podendo constituir-se como uma bússola norteadora de qualquer plano de formação no âmbito dos cuidados pediátricos. Estas competências passam pelo Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, pelo Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, pelo Domínio da Gestão dos cuidados e por fim pelo Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

A área de atuação do EESIP é vasta, neste sentido os elementos que irão balizar a definição de objetivos para a aquisição de competências são as propostas pelo plano de estudos do curso e vertidas no Guia de Estágio. Todas estas competências convergem para um ponto comum, o desenvolvimento de competências que vão capacitar o enfermeiro de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que o enfermeiro mobilizará para atuar em todos os contextos de vida das pessoas, essencial nos diferentes níveis de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Por uma questão de organização da estrutura do trabalho, as competências a desenvolver no estágio foram organizadas de acordo com os quatro domínios de competências que emergem do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem, nomeadamente a Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. Tendo em consideração as distintas particularidades da assistência prestada à criança e família nos diferentes contextos, os objetivos planeados para fazer cumprir as competências esperadas irão evidenciar algumas singularidades desses ambientes.

4.1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica tem como beneficiários dos seus cuidados todas as crianças desde o nascimento até aos 18 anos de idade. Este cuidado é

centrado na criança, mas também na família, por esta ser uma constante na vida da criança e pelo seu impactante contributo na saúde da mesma. A prestação de cuidados corresponde à assistência que os enfermeiros prestam junto dos seus utentes através do processo de enfermagem. Esta assistência assume várias dimensões, desde a promoção da saúde, ao tratamento na doença aguda ou crónica, numa vertente mais individual, familiar ou comunitária.

Abordam-se de seguida, com carácter reflexivo, todas as competências desenvolvidas ao longo dos contextos de estágio em articulação com os objetivos e atividades formulados.

Competência a desenvolver

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Objetivo

Conhecer a dinâmica funcional dos diferentes contextos de estágio.

Atividades

- Conhecer os recursos humanos e materiais dos contextos;
- Conhecer a dinâmica organizacional dos cuidados de enfermagem dos contextos de estágio e das unidades funcionais;
- Consultar as normas e protocolos disponíveis nos contextos de estágio.

Reflexão crítica

Conhecer a dinâmica funcional dos diferentes contextos de estágios serve várias finalidades que têm um objetivo comum, o conhecimento mais pormenorizado possível da estrutura física e organizacional dos contextos, da equipa multidisciplinar disponível, dos recursos a que podemos recorrer e para quem podemos referenciar, potenciando assim a aquisição das competências esperadas e um cuidado mais competente.

Para desenvolver a competência e o objetivo mencionado anteriormente, é crucial compreender o ambiente da prática de cuidados. Acredito que, só depois de ter uma compreensão clara da componente organizacional é possível atender à complexidade dos

problemas de saúde das crianças e de suas famílias, além de facilitar a capacidade diagnóstica para a tomada de decisão e execução de intervenções.

Em todos os contextos de estágio, os Enfermeiros orientadores apresentaram-me a estrutura física do serviço, apresentando também de forma geral, a dinâmica de funcionamento do contexto. Foi-me facilitado o acesso a normas, procedimentos e folhetos informativos. Todas as equipas de enfermagem e equipas multidisciplinares foram generosas na forma como me acolheram, partilhando comigo conhecimentos, experiências, inquietações e preocupações relativas aos cuidados, mas também à Enfermagem enquanto Profissão.

No contexto de Neonatologia e Serviço de Urgência os cuidados de Enfermagem desenrolam-se num conjunto de intervenções que nascem do processo de enfermagem. Os cuidados integram intervenções autónomas que correspondem às intervenções prescritas e implementadas pelo enfermeiro e intervenções interdependentes que encerram as intervenções iniciadas por outros profissionais e que são implementadas pelos enfermeiros, como por exemplo as prescrições médicas (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Por outro lado, nas Unidades de Cuidados na Comunidade os enfermeiros planeiam e executam autonomamente os cuidados para os seus utentes.

A dinâmica funcional dos cuidados não se extingue nos limites físicos do contexto em que se inserem, eles são difusos e alcançam outras unidades assistenciais, através de processos de referência e colaboração, aproveitando assim, sinergias de diferentes categorias profissionais proporcionando cuidados de qualidade.

Os três contextos de estágio permitiram-me explorar dois níveis de prestação de cuidados de saúde distintos, os Cuidados de Saúde Primários e Secundários. A conferência de Alma Ata em 1978 definiu os Cuidados de Saúde Primários como o

“primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (Santana & Costa, 2008, p. 32).

Neste nível, e no que às UCC diz respeito, os beneficiários dos cuidados são a comunidade. Pude verificar esta premissa ao longo do meu estágio, por exemplo, os cursos de promoção

de parentalidade concretizados na UCC reuniam um conjunto de utentes que correspondiam a uma pequena comunidade e a escola correspondia a outra comunidade. Trabalha-se de forma muito próxima da comunidade por esta ser de facto o alvo dos cuidados de enfermagem.

Já os cuidados de saúde secundários que correspondem ao serviço de Urgência Pediátrica e Neonatologia podem ser definidos pela

“representação do conjunto de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento realizadas a doentes na fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios/recursos com tecnologia diferenciada. Habitualmente são prestados em unidades hospitalares e resultam em episódios de curta duração” (Santana & Costa, 2008, p. 32).

Os cuidados de saúde prestados no serviço de urgência têm como foco necessidades de cuidados que surgem subitamente, através do estabelecimento de doença aguda, tratamento de doentes acidentados ou doentes que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar. A rotatividade de utentes no serviço de urgência é muito grande e a afluência ao serviço obedece a questões como a sazonalidade.

O serviço de Neonatologia, corresponde a um nível de cuidados que exigem uma grande diferenciação dos profissionais tendo em consideração a tipologia de cuidados prestados. O tempo de internamento é muito variável, e a complexidade de cuidados varia também tendo em conta que dentro do Serviço de Neonatologia existem duas unidades, uma com RN com maior instabilidade das suas funções vitais do que outra.

Pude vivenciar com estes três campos de estágio, três áreas da atuação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica com idades e problemas de saúde bem distintos. Em todos estes contextos reconheço a todos os Enfermeiros a procura do bem-estar da criança e da família. No entanto, não posso deixar de reconhecer a importância de Enfermeiros com competências acrescidas na área de especialização em saúde infantil e pediátrica conferindo-lhes assim a plasticidade e competência necessária para lidar de forma criativa com situações inesperadas e invulgares.

Competência a desenvolver

- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Objetivo

Desenvolver competências comunicacionais com a criança e família.

Atividades

- Identificar as habilidades comunicacionais da criança de acordo com o seu estadio de desenvolvimento;
- Promover um ambiente adequado ao estabelecimento de uma comunicação eficaz com a criança e família;
- Participar na comunicação de más notícias;
- Favorecer a comunicação expressiva de emoções das crianças e família;
- Respeitar a opções políticas, culturais, morais e religiosas da criança e família.

Reflexão crítica

A comunicação constitui um dos maiores desafios na profissão de Enfermagem. Se em qualquer ambiente comunicar eficazmente com o utente e família é fundamental para o sucesso terapêutico, na área de ação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica esta dinâmica comunicacional complexifica-se visto que existe o envolvimento de uma terceira e/ou quarta pessoa que será o pai e/ou a mãe.

Nos adultos as estratégias comunicacionais utilizadas, mesmo que individualizadas, têm uma variabilidade menos ampla tendo em consideração a maturação cerebral atingida na idade adulta para a compreensão dos conceitos de saúde/doença. Na idade pediátrica este processo é mais complexo tendo em consideração que várias linhas comunicacionais decorrem ao mesmo tempo, com recetores com níveis de compreensão distintos. Num diálogo concretizado a três, a capacidade de os interlocutores compreenderem a informação deve ser sempre equacionada tendo em conta diversas variáveis, como o estadio de desenvolvimento da criança, a capacidade dos pais e crianças conseguirem interpretar as informações

veiculadas ou até o tipo de informações que a criança ou pais estão prontos para receber. Nesta comunicação a três, existe um potencial de cooperação entre profissionais e pais na transmissão de informação, no entanto não pode ser descurado o potencial de conflito também presente. Neste sentido o Enfermeiro deve dotar-se de um conjunto de competências que os habilite nesta tão importante tarefa.

A competência pessoal das pessoas envolvidas na troca de mensagens pode influenciar o decurso do diálogo, neste sentido (Lambert, Long, & Kelleher, 2012) referem que o modo como se questiona, a forma como se explica a informação, a habilidade como se tranquiliza e se ouve as crianças e famílias são cruciais no estabelecimento de uma comunicação eficaz. As questões devem ser abertas dando oportunidade às crianças e famílias de explorar as suas próprias respostas, gerando também perguntas. De acordo com Hockenberry & Wilson (2014), as perguntas abertas permitem a expressão de sentimentos revelando problemas encobertos. Pude verificar várias vezes que quando fazia perguntas abertas elas permitiam momentos de verdadeiros diálogos. Este tipo de perguntas, especialmente na Neonatologia, quando feitas de forma mais abrangente, por exemplo “como se sentem hoje?” em substituição de “conseguiram descansar?”, ofereciam-me um conjunto de perspetivas acerca da vivência daqueles pais do momento que atravessam. A comprovar o acima exposto Lambert, Long, & Kelleher (2012) referem que as perguntas abertas oferecem a oportunidade da criança e família falarem sobre as suas experiências e dúvidas. É nesse momento que o enfermeiro aproveitará também para poder transmitir informações importantes tendo sempre em consideração a aceitação dessa informação por parte das crianças e pais. Haverão crianças e pais que procuram ativamente informação, outros, pelo contrário, parecem resistir à informação, sendo que este processo deve ser encarado como estratégia de *coping*. A informação deve, portanto, ser transmitida na medida em que os pais e crianças a podem e querem receber (Lambert, Long, & Kelleher, 2012).

Em momentos desafiantes no que respeita à transmissão de informação o protocolo de comunicação SPIKES³, criado pelo médico britânico Robert Buckman, oferece uma estratégia de seis passos.

³ **S**- Setting up - O profissional prepara-se para o momento e prepara ambiente calmo; **P** – Perception - Perceber o que a criança ou família já sabem; **I** – Invitation- Convidar para o diálogo e identificar até onde o utente quer saber; **K** – Knowledge - Transmitir as informações, com discurso perceptível e simples. Não eliminar possibilidade de um plano mesmo quando o prognóstico é muito mau; **E** – Emotions- Aguardar e acolher a resposta emocional; **S**- Strategy and summary - Resumir e traçar plano independentemente do prognóstico (Cruz & Riera, 2016).

O modelo SPIKES constitui uma ferramenta que ajuda a organizar o momento de transmissão de más notícias. Não posso deixar de lembrar um momento que vivenciei no SUP. Um adolescente de 11 anos que em contexto de episódio de urgência realizou uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) cerebral onde foi objetivada uma massa no cérebro de provável etiologia neoplásica. A complexificar esta situação a mãe do adolescente estava internada a fazer quimioterapia para tratamento de recidiva de uma neoplasia. Foi bem perceptível a angústia de toda a equipa aquando da receção do resultado da TAC. Após algum tempo para os profissionais se prepararem, dois médicos e um enfermeiro comunicaram ao pai do adolescente num ambiente calmo e controlado toda a informação enquanto eu fiquei com o adolescente. Considero que este protocolo, conhecido pela equipa, forneceu as linhas orientadoras para este encontro. Posteriormente, no mesmo ambiente calmo e controlado o pai foi o facilitador de transmissão de más notícias ao adolescente, na presença e como apoio dos profissionais de saúde. Apesar de não ter feito a gestão deste diálogo, pude participar deste momento, acompanhando o adolescente e participando nos momentos que considerei pertinentes. Assegurei-lhe que não iria estar sozinho, que iria estar acompanhado pelo pai durante a transferência hospitalar, visto que neste momento esse foi o medo que o adolescente verbalizou. Neste momento verifiquei e senti que a transmissão é esmagadoramente desafiante para quem recebe, mas também para quem a transmite. Ao fazê-lo os profissionais de saúde deparam-se com os seus próprios medos, exigindo aqui uma habilidade emocional importante.

Considerando a importância da tranquilização como parte integrante da comunicação Lambert, Long, & Kelleher (2012) referem que o enfermeiro deve ser um elemento facilitador da mesma perante a família na medida real da situação vivida. Segundo os mesmos autores “*a tranquilização otimista/reflexiva centra-se na proteção do paciente, a tranquilização falsa centra-se na proteção do profissional de saúde*” (Lambert, Long, & Kelleher, 2012, p. 6). A tranquilização deve ser honesta dentro das reais expectativas de tratamento, no entanto, sempre transmitidas com respeito e empatia. É importante no exemplo acima descrito que os profissionais mantenham alguma capacidade de tranquilizar os pais, dentro daquilo que é verdadeiro.

Ouvir ativamente as crianças e família implica dar-lhes o tempo necessário para reorganizar as suas ideias, observando a linguagem verbal e não verbal, movimentos, gestos e expressões faciais. É imprescindível a escuta ativa, utilizando a técnica *rapport*, pode ser uma

ferramenta extraordinária para o enfermeiro receber informações valiosas para ajustar os seus cuidados.

Nunca deve subestimada a importância do jogo para comunicar com as crianças, é através dele que as crianças fazem o mundo delas fazer sentido e comunicam sentimentos que podem não ser capazes de verbalizar. Brincar é uma atividade central na vida de todas as crianças. É um contexto de comunicação, compreensão e catarse que o Enfermeiro não deve subestimar (Lambert, Long, & Kelleher, 2012).

Assumindo que as competências de comunicação podem variar entre profissionais é importante a existência de ferramentas que possibilitem estratégias metodológicas eficazes e facilitadoras de comunicação como o modelo LEARN (*Listen, Explain, Acknowledge, Recommend e Negotiation*), o modelo CLEAR (*Context, Listening, Empowerment, Advice e Reassurance*) e também o modelo KIDSCARE (*Knock, Introduce, Determine, Safety, Clean, Advocate, Responde, Explain*). De todas as metodologias, aquela que mais me identifico como enfermeira e coloco em prática é o modelo KIDSCARE, na minha perspetiva, ele consegue reunir um conjunto de critérios muito importantes nos cuidados de enfermagem. Não só é uma metodologia que permite uma comunicação eficaz, mas também aborda questões muito importantes como a privacidade do utente e medidas cruciais no controlo de infeção.

Usei, portanto, a metodologia KIDSCARE como forma de comunicar e desenvolver uma relação de parceria com a criança e a família. Pedia permissão antes de entrar no espaço físico e/ou pessoal da criança e família, apresentava-me sempre dizendo o meu nome e categoria profissional. Caso fosse a primeira vez que estava com a criança e família perguntava qual o nome que gostavam de ser tratados. Cumpri todas as recomendações de segurança do utente, reforçando essas recomendações à criança e família, nomeadamente medidas de controlo de infeção e regras de segurança na prevenção de queda. Fiz perguntas abertas para auscultar necessidades da criança e família num ambiente favorável às questões por parte de ambos, assegurando-lhes que o meu papel seria ir ao encontro das suas necessidades. Por fim traçávamos um plano de cuidados em conjunto.

Durante todo o processo comunicativo considerei a dimensão verbal da comunicação, mas também a não verbal, como a linguagem corporal, as expressões faciais e contacto visual, mas também a paralinguagem, visto que as crianças desde muito cedo conseguem decifrar o

tom de voz, o ritmo, a entoação, a tensão e as pausas. Neste sentido realizei ajustes de comunicação de acordo com a idade da criança. Nas crianças com menos de dois anos de idade tinha uma abordagem mais pausada, usando uma voz calma e reconfortante. Nas crianças entre os três e os sete anos de idade utilizei o jogo e a brincadeira como forma de distração permitindo-me atingir o objetivo terapêutico. Em crianças mais velhas, adolescentes e pré-adolescentes, ouvi-os com atenção e mostrei curiosidade pelos seus interesses.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deverá considerar as especificidades comunicacionais de acordo com a etapa de desenvolvimento da criança, o que se torna desafiador visto que a idade dos beneficiários destes cuidados percorre 18 anos de desenvolvimento e em cada fase existem particularidades distintas. É sem dúvida um desafio constante.

Competências a desenvolver

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Objetivo

Prestar cuidados ao RN, criança, jovem e família nas situações de especial complexidade.

Atividades

- Reconhecer as situações de instabilidade das funções vitais;
- Aplicar as escalas da dor de acordo com a faixa etária;
- Aplicar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor;
- Desenvolver competências técnicas no cuidado ao recém-nascido, criança, jovem;

- Conhecer e aplicar o sistema de triagem de doentes urgentes;
- Minimizar os fatores de stress da criança/adolescente em contexto de doença.

Reflexão Crítica

A atuação do Enfermeiro em situações de especial complexidade (com descritivo próprio no documento da Ordem dos Enfermeiros) é uma das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As situações de especial complexidade correspondem a situações de particular exigência obrigando o Enfermeiro à mobilização de competências para a resolução das necessidades de saúde que se apresentam. Elas podem surgir em todos os níveis de cuidados abrangendo um largo espectro de situações, desde situações de instabilidade de sinais vitais com risco de morte, a situações de promoção de adaptação à doença crónica/oncológica, deficiência/incapacidade, portanto, desde a sala de emergência ao domicílio.

A gestão da dor foi sem dúvida uma questão que me inquietou ao longo de todo este percurso, arrisco a dizer que considero haver ainda um caminho a percorrer no que respeita à valorização da dor na criança, principalmente no RN. A dor pode ser descrita como uma *“experiência desagradável, associada com lesão tecidual concreta ou potencial, com componentes sensorial, emocional, cognitiva e social”* (Oliveira, et al., 2018, p. 10). É uma experiência mediada por fatores socioculturais (como por exemplo a influência familiar, nível de ansiedade dos pais, ambiente escolar), fatores biológicos (predisposição genética, idade, tipo e extensão da lesão ou doença associada) e fatores psicológicos (experiências prévias de dor, emoções, medo, estratégias de adaptação) (Oliveira, et al., 2018).

A seleção da escala de avaliação da dor deve considerar variáveis como o estadio de desenvolvimento da criança e o contexto da dor onde a criança se insere. As escalas da dor são instrumentos válidos, seguros e clinicamente estáveis, quando respeitada a idade da criança e a situação clínica na sua aplicação (Direção Geral da Saúde, 2010). Para o RN existem quatro escalas validadas que devem ser selecionadas de acordo com a circunstância do mesmo, sendo recomendadas para determinados contextos específicos. A escala da dor usada no contexto de estágio da UCIN era a Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), apesar desta ser apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo, outras, poderiam ser também consideradas. A Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale (N-PASS) adequa-se aos RN que se encontram com ventilação invasiva ou não invasiva, a escala EDIN (Échelle de

Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né) é reconhecida como muito sensível aos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, e por fim, a PIPP (Premature Infant Pain Profile) é bastante útil para a avaliação da dor em procedimentos. A escolha da escala para avaliar a dor de um RN tem de ser uma avaliação individual, cumprindo a máxima de se adequar às características da sua idade e estado clínico, não devendo estar sujeita a uma decisão organizacional pré-estabelecida, contribuindo assim para uma correta avaliação da intensidade da dor do RN e conseqüentemente o seu correto tratamento. Durante o estágio as intervenções não farmacológicas que mais usei na gestão da dor dos RN foram a sucção não nutritiva com chupeta ou com sacarose a 24%, a contenção através do *swaddling* ou o *facilitated tucking e containment* e a administração farmacológica sempre que o resultado da avaliação da dor o justificasse.

No Serviço de Urgência selecionei a escala da dor da criança/adolescente de acordo com a idade da mesma. Para a gestão da dor usei frequentemente estratégias não farmacológicas de controlo da dor de acordo com a idade, como por exemplo, sucção não nutritiva com chupeta ou com sacarose a 24%, contenção e distração. Para além destas usei também de frequentemente um anestésico local por ação de frio. Mesmo utilizando as estratégias sensoriais e cognitivo-comportamentais para controlo da dor durante procedimentos, nem sempre foi possível conseguir controlar a reação de medo da criança durante o procedimento. Nesse caso foi importante que os pais fossem instruídos a confortar e abraçar a criança acolhendo o seu medo.

A instabilidade de sinais vitais com risco de morte é, como referido anteriormente, considerada uma situação de especial complexidade. Corresponde a um momento que requer da equipa multidisciplinar destreza cognitiva, capacidade de juízo clínico apurado e capacidade técnica para lidar com o episódio. No estágio no SUP pude prestar cuidados a um RN com 6 dias gravemente doente. Este evento traduziu-se num momento de tensão elevada dado a instabilidade do RN. Apesar do stress associado considero que consegui corresponder às exigências do momento, colaborando com a equipa multidisciplinar, no entanto, julgo que a capacidade de identificar de forma antecipatória os cuidados urgentes/emergentes é uma competência que requer conhecimento teórico que se articula sobretudo com o conhecimento da prática. A prática nestas circunstâncias é determinante, pois ela permite a perspicácia necessária para trabalhar numa sala de emergência. A execução de técnicas de enfermagem na área pediátrica é quase nova para mim, no entanto,

senti uma grande generosidade por parte das equipas de enfermagem que participaram de forma muito ativa na minha formação. Este foi um dos desafios que vivenciei não só no SUP como também na UCIN. A complexidade técnica é exigente, mas igualmente exigente é a gestão emocional dos pais neste momento crítico, e confesso, a minha também. Simultaneamente a estas questões de carácter técnico outras emergiram, nomeadamente questões de ordem comunicacional e de respeito pelas decisões dos pais, complexificando a vivência.

Após o episódio de urgência o RN foi internado na UCIN, os pais foram informados que poderiam permanecer junto do filho, no entanto decidiram ir para casa descansar visto que o RN estaria numa incubadora. Compreender a decisão dos pais exigiu-me uma reflexão profunda e várias questões me surgiram. Será este momento, em que o RN estava muito doente, demasiadamente difícil para os pais? a angústia, o medo e incerteza destes pais foram devidamente acolhida pelos profissionais? O processo de ligação pais-filho estaria ainda muito frágil tendo em consideração que o RN tinha apenas 6 dias? A equipa de saúde não comunicou adequadamente que o estado do RN era muito frágil? Estariam em processo de negação? Como profissional de saúde a minha postura foi a de acolher a decisão dos pais, clarificando que o bebé estava muito doente e que precisava de cuidados especializados, que a presença deles era importante e que mesmo que não quisessem ficar naquele momento, durante a noite poderiam vir para o hospital a qualquer hora. O recém-nascido foi internado na UCIN e acabou por falecer dois dias depois com uma septicémia. Gerir as dimensões emocionais e técnicas das situações de especial complexidade é um desafio imenso, mas constitui uma das competências que diferenciam os enfermeiros de todas as outras profissões.

O momento de triagem pressupõe uma deteção rápida e precoce dos sinais clínicos de alarme numa criança doente ou a sua exclusão numa criança que recorre ao SUP sem critérios para tal. Ao enfermeiro é exigida uma atenção e sensibilidade especiais, uma decisão em tempo útil ou imediata, que por vezes ultrapassam os protocolos existentes. A triagem é o primeiro contacto com um profissional de saúde no hospital e pode ser decisivo nos cuidados mais ou menos urgentes que se irão desenrolar. Por este motivo a triagem deve ser realizada por um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica experiente e com treino adequado. No hospital onde realizei o estágio de urgência pediátrica, o método de triagem adotado é o Protocolo de Manchester. Os sistemas de triagem são utilizados para classificar rapidamente

a gravidade de uma condição de saúde determinando a necessidade de atendimento imediato, servindo como mecanismo de seleção e triagem de doentes admitidos no SU. Triar corretamente implica não só a *“capacidade de identificar sinais e sintomas representativos de uma situação urgente, mas também sintomas característicos de uma situação benigna”* (Andrade, Carvalho, Fernandes, & Casanova, 2008, p. 19).

A avaliação clínica forma-se a partir da queixa que motivou a ida à urgência, sendo que o principal sinal ou sintoma é identificado pelo doente ou Enfermeiro. A triagem de Manchester possui uma lista de 50 fluxogramas baseados em queixas. Numa primeira fase o Enfermeiro seleciona o fluxograma que faz mais jus à queixa do utente, posteriormente percorre os discriminadores-chave do fluxograma escolhendo o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar. O momento da triagem pretende ser um momento rápido focado nos sinais e sintomas do utente, de forma a recolher informação para a atribuição de uma prioridade clínica. No entanto, algumas questões sobre a sensibilidade do Protocolo de Manchester na idade pediátrica são levantadas.

Um estudo retrospectivo descritivo em 6 hospitais do Norte com triagem de Manchester implementada no serviço de urgência pediátrica chegou à conclusão que a utilização deste método de triagem *“na idade pediátrica é mais suscetível de erros, não só pela variabilidade do tipo e gravidade da patologia, mas também por causa da frequente inespecificidade das próprias queixas, reportadas quase sempre por uma terceira pessoa”* (Andrade, Carvalho, Fernandes, & Casanova, 2008, p. 19). O estudo revelou a necessidade de adaptação de alguns dos parâmetros na população pediátrica sob risco de algum comprometimento da exatidão de avaliação de prioridade.

Um bom exemplo disso é a febre, visto que uma temperatura axilar $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ atribui por si só, uma prioridade de urgente, mesmo quando o estado geral da mesma não o justifique. O mesmo estudo refere ainda que a Triagem de Manchester *“exceto nos casos emergentes, não diferencia muitas vezes a verdadeira gravidade, uma vez que se demonstrou que a cor amarela e a cor verde foram aquelas com maior probabilidade de realização de exames auxiliares de diagnóstico e hospitalizações.”* (Andrade, Carvalho, Fernandes, & Casanova, 2008, p. 20). Embora a triagem de Manchester esteja prevista na norma da Direção Geral da Saúde (DGS) como passível de ser utilizada em contexto de urgência pediátrica (Direção Geral da Saúde, 2018), tendo em consideração o acima exposto seria pertinente explorar outro protocolo de triagem, por exemplo a Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale, por

apresentar uma abordagem mais personalizada à idade pediátrica, salvaguardando assim as situações potencialmente graves.

Durante o estágio foram várias as situações em que pude verificar o uso do serviço de urgência por crianças com quadro febril com poucas horas de evolução, conscientes, sem esforço respiratório nem sinais de comprometimento circulatório, sem dor e sem fatores de risco, no entanto era-lhes atribuída prioridade urgente por temperatura axilar $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$. Esta questão, não só, contribui para a atribuição de uma prioridade que de facto não será justificável, criando constrangimentos nos cuidados, como também justifica perante os pais o acesso aos cuidados de saúde apenas por febre mesmo que sem critérios para recorrer ao SUP.

O recurso aos SUP por situações não urgentes constitui uma preocupação para o Serviço Nacional de Saúde, por uso desadequado deste serviço o que condiciona uma pior prestação de cuidados às situações verdadeiramente urgentes, sobrelotação destes serviços e consequentemente insatisfação dos utentes e profissionais, bem como, insuficiência de recursos humanos. Os SUP tornaram-se num serviço de primeira linha para os pais quando detetam na criança qualquer sinal sugestivo de doença, ainda que trivial (Rodrigues, 2012). Um estudo descritivo transversal num SUP num hospital da região Norte que pretendia determinar os motivos alegados pelos acompanhantes das crianças doentes para recorrer a um SUP e a sua adequação, concluiu que um dos motivos que mais levou os pais a recorrerem ao SUP de forma indevida é a noção de doença grave por parte dos pais em situações de baixa gravidade. Os principais diagnósticos identificados foram nasofaringite, gastroenterite e amigdalite agudas, sendo que a maioria das crianças tiveram alta sem necessidade de intervenção hospitalar específica. Outros fatores como idade inferior a 6 anos e duração de doença inferior a 24-72 horas, e proximidade relativamente ao hospital foram também associados à inadequação do recurso ao SUP (Freitas, Moreira, Tome, & Cardoso, 2016). As representações de doença das crianças por parte dos pais, e, por conseguinte, a noção de doença grave quando ela efetivamente não existe, parece ser um dos fatores apontados com unanimidade nos estudos realizados nesta temática. O estudo acima mencionado vem comprovar as conclusões de um estudo descritivo realizado em 2012 num hospital pediátrico em Lisboa, que pretendia identificar os fatores psicológicos que contribuíam para a compreensão da utilização inapropriada dos SUP. Neste hospital pediátrico constatou-se que a perceção da fragilidade da criança parece ser um fator que

influencia a procura inapropriada. A fácil acessibilidade aos cuidados com recurso diagnósticos diferenciados foi também um dos motivos para o uso deste serviço (Rodrigues, 2012). Ambos os estudos concluem que práticas de educação para a saúde através da consciencialização dos utentes quanto às suas representações de doença, poderão reduzir as idas não urgentes ao SUP, potenciando a utilização adequada de outros serviços da comunidade (Freitas, Moreira, Tome, & Cardoso, 2016; Rodrigues, 2012).

Como enfermeira capacitei os pais para a gestão da febre dos seus filhos e recomendei o recurso aos CSP e linha SNS 24 antes da vinda ao SUP. Apesar de imprescindível este trabalho individual do enfermeiro no contexto de urgência, reconheço que, realizada de forma isolada não terá o impacto desejável. Para uma mudança significativa seria necessário fazer educação para a saúde em contexto comunitário que abordasse estas temáticas e era necessário que o recurso às consultas nos CSP fosse facilitado e talvez reestruturado.

Apesar dos fatores de stress e reações das crianças na hospitalização ter já sido alvo de reflexão na unidade curricular “A saúde da criança e da família – vigilância e decisão clínica”, não posso deixar de referir que estes fatores também foram considerados neste estágio. É sabido que o internamento de uma criança pode constituir um evento muito stressante para ela e para a sua família, no entanto um episódio de urgência, corresponde também a um momento onde os *stressors* ansiedade de separação, perda de controlo e a lesão corporal e dor estão muito presentes. Vários fatores influenciam a forma como a criança lida com estes momentos de stress, nomeadamente o estadio de desenvolvimento da criança, as experiências anteriores com a doença, hospitalização ou separação, os mecanismos de defesa adquiridos para estes momentos, a gravidade da situação e a sua rede de apoio (Hockenberry & Wilson, 2014). No serviço de urgência os comportamentos das crianças que mais sugerem fatores de stress estão associados à ansiedade de separação. Neste sentido, incentivei a presença dos familiares independentemente da idade da criança, cumprido a vontade da dela de forma a que se sentisse mais segura e apoiada. A ideia por parte da criança que pode ficar sozinha sem a sua referência de amor, segurança e cuidado é verdadeiramente assustadora. Incentivei também a participação dos familiares nos cuidados à criança sempre que possível, no sentido de lhe proporcionar sensação de familiaridade nos cuidados. Na UCIN os comportamentos do RN que podem sugerir estes fatores de stress são por vezes mais desafiantes de considerar visto que as competências comunicacionais do RN, apesar de eficazes, são também, muito distintas das crianças mais crescidas. Sabe-se, no entanto, que

o ambiente de uma UCIN não corresponde ao ambiente natural e esperado após o nascimento de um RN, que por natureza deveria estar próximo do corpo da mãe e do pai, proporcionando-lhe sensações de regulação interna, proteção e confiança na relação com os outros. Neste sentido promovi o toque nutritivo e o método canguru e incentivei os pais a falarem para o bebê para que o mesmo sentisse a sua presença.

A lesão corporal é também um fator de stress bastante presente no SUP e UCIN. Várias intervenções se desenrolam durante o episódio de urgência, maioritariamente num espaço curto de tempo. Estas intervenções podem ser mais ou menos invasivas, na integridade física e emocional da criança, podendo assumir desde simples verificações de temperatura corporal ou avaliação de saturação de oxigénio, a intervenções mais invasivas e dolorosas como punções, esvaziamentos vesicais, administração de medicação endovenosa, no entanto, todos eles são passíveis de provocar comportamentos sugestivos deste fator de stress. Também aqui a memória de experiências anteriores pode influenciar grandemente a forma como a criança percebe a dor com impacto nessa mesma percepção no futuro (Hockenberry & Wilson, 2014). A afirmação anterior vem corroborar a importância de o enfermeiro considerar todos estes fatores, e a necessidade de colocar em prática todas as estratégias possíveis na tentativa de atenuar este fator de stress. Neste sentido, expliquei à criança os procedimentos que era necessário executar, sempre que o estadio de desenvolvimento o permitiu. Usei as estratégias de controlo da dor, que já foram referidos anteriormente, em procedimentos dolorosos. Solicitei a colaboração das crianças nos procedimentos sempre que percebi que as mesmas tinham interesse em participar. Permiti a manipulação dos materiais na preparação dos mesmos. Por fim, validei todos os sentimentos que decorreram destes momentos de stress, incentivando que os pais fizessem o mesmo.

Objetivo

Desenvolver competências na prestação de cuidados centrados no desenvolvimento.

Atividades

- Avaliar o desenvolvimento sensorial do RN prematuro;
- Facilitar a regulação sensorial do RN;
- Implementar o modelo de parceria de cuidados.

Reflexão crítica

Uma UCIN é um ambiente inóspito para qualquer RN, a exposição a inúmeros estímulos sensoriais desadequados ao estágio de desenvolvimento do RN através de luzes, sons, estímulos táteis dolorosos e a separação prolongada da mãe e do pai correspondem a fatores de stress que irão impactar de forma negativa no seu desenvolvimento.

Recém-nascido prematuro é definido como sendo um bebê nascido vivo antes de completar 37 semanas de gestação. Sendo que existem subcategorias da definição com base na idade gestacional: extremamente prematuro quando menos de 28 semanas de gestação; muito prematuro entre a 28^o a 32^o semana e por fim prematuro moderado a tardio nascido entre a 32^o a 37^o semana de gestação (Organização Mundial da Saúde, 2022).

Quando falamos de RN prematuros pensar os cuidados centrados no desenvolvimento é indispensável, assumindo um significado extremamente importante quanto menos idade gestacional o RN tiver. Os RN prematuros recebem estímulos sensoriais desadequados à sua maturação neurológica num momento muito rico de sinaptogênese. Este processo de desenvolvimento neurológico permite eliminar conexões redundantes e danificadas através da apoptose e a poda sináptica elimina os axónios das conexões sinápticas que não são funcionalmente apropriadas. Por segundo, até cerca de 40 000 sinapses nervosas acontecem, e ela é largamente influenciada pela experiência sensorial (Westrupa, Stjernqvistb, Kleberga, Hellstrom-Westas, & Lagercrantz, 2002). A corroborar esta afirmação Montiroso, Tronick, & Borgatti, (2017) afirmam que a poda sináptica é influenciada pelas experiências precoces e afeta a expressão dos genes do RN através de mecanismos de epigenética. A consequência desta poda sináptica realizada em ambiente pouco propício para o normal desenvolvimento do RN irá impactar na presente e futura percepção da dor da criança, numa maior dificuldade de regulação em resposta a eventos stressantes, maior gasto de energia na procura da homeostase e, por conseguinte, menor energia disponível para o crescimento. Considerando o acima exposto o Enfermeiro tem a extraordinária oportunidade de promover um conjunto de experiências sensoriais positivas, diminuindo o impacto de internamento numa UCIN.

Nos cuidados prestados na Neonatologia considere todas as informações sensoriais que o RN recebe, nomeadamente os estímulos táteis, vestibulares, quimiossensoriais (olfato e paladar), audição e visão. Neste sentido agrupei os cuidados de forma a manipular o menos possível o RN. Na abordagem ao bebê pedi permissão para iniciar o toque começando

primeiramente no membro do corpo que iria manipular pousando a mãos e dando tempo ao RN para se regular após o toque. Estratégias para diminuir os estímulos sensoriais indesejados e promover experiências sensoriais positivas foram: conter o RN com as mãos ou com uso de um ninho dentro da incubadora, aquecer as mãos após a desinfecção das mesmas deixando a solução antisséptica de base alcoólica evaporar na totalidade, realizar movimentos lentos mantendo o corpo em contacto com a cama, levantar o RN lentamente com o corpo fletido, promover o aleitamento materno e a sucção não nutritiva, administrar terapêutica oral por sonda nasogástrica, reduzir o ruído envolvente, encorajar os pais a falarem ou cantarem para o bebé e usar coberturas para as incubadoras. A par disto, considerei sempre a família como elementos fundamentais na promoção de experiências positivas, realizei capacitação dos pais para que os mesmos pudessem colaborar de forma participativa nos cuidados através do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

O modelo de parceria de cuidados baseia-se no reconhecimento e no respeito pela competência da família no cuidado do filho (Casey, 1995). Através de uma relação de colaboração mútua entre pais e enfermeiros em que cada um destes intervenientes tem o seu papel bem claro, desenrolar-se-á uma aceitação e compreensão mútua das capacidades limitações e vontades de cada interveniente (Monteiro & Cerqueira , 2020). Ao aplicar este modelo nos meus cuidados foi perceptível que os pais que participavam nos cuidados aos filhos mostravam-se satisfeitos por lhes ser dada a oportunidade de colaborar nos cuidados, fazendo com que sentissem alguma noção de controlo da situação acalmando as suas ansiedades e medos. Esta constitui uma das reconhecidas vantagens deste modelo. A parceria de cuidados “*diminui os sentimentos de culpa, incapacidade e impotência perante a doença e hospitalização dos filhos*” (Monteiro & Cerqueira , 2020, p. 36).

Competências a desenvolver

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização.

Objetivo

Desenvolver competências na promoção da saúde da criança e família e comunidade em contexto comunitário.

Atividades

- Conhecer as necessidades de saúde da comunidade na área da Saúde Infantil e Pediátrica;
- Participar ativamente nos projetos em curso ou a desenvolver na Unidade de Cuidados da Comunidade;
- Desenvolver Plano de Saúde individual em crianças com necessidades de saúde especiais;
- Compreender o funcionamento do NACJR e da CPCJ.

Reflexão Crítica

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a promoção da saúde como “*um processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo e melhorar a sua saúde*” (Organização Mundial de Saude, 2021).

Os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros vêm esclarecer a natureza dos diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem, fixando seis categorias de enunciados descritivos de qualidade. A promoção da saúde é uma das seis categorias que fazem parte dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que pretende constituir-se num instrumento importante que define o papel do enfermeiro junto dos seus clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Atribui-se então aos Enfermeiros a incumbência da promoção da saúde, imensamente favorecida pela sua posição estratégica à população alvo.

A promoção da saúde concretiza-se em várias vertentes, nomeadamente, a social e política e engloba ações direcionadas ao fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, pretendendo também transformar determinantes sociais, ambientais e económicos de saúde otimizando o seu impacto positivo na saúde pública e pessoal. As UCC têm um papel preponderante na promoção da saúde da comunidade através de estratégias concertadas que visam contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua

área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Estas unidades funcionais têm um papel ativo na prestação de *“cuidados e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo”* (Ministério da Saúde, 2015, p. 1184).

Na UCC a carteira de serviços contratualizados concretizavam-se através do Programa Nacional de Saúde Escolar, do Projeto de Promoção da Parentalidade, e de projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade, executado através do NACJR e na colaboração com a CPCJ, e por fim, cuidados de reabilitação física através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Pude participar ativamente no Projeto de Saúde Escolar que pretendia trabalhar o reconhecimento dos estados emocionais e estratégias de gestão dos mesmos junto de crianças (dos 3 aos 5 anos), de jardins de infância de Institutos Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ao longo de 9 sessões. Tive o privilégio de poder assumir uma Ação de Educação para a Saúde (AES), desde o planeamento à concretização em 6 Jardins de Infância. O tema da AES foi o *“Reconhecimento e Gestão das Emoções”*, e todo o material de apoio para tal encontra-se no Apêndice I. Este tema afigura-se como prioritário tendo em consideração as crescentes preocupações com a saúde mental das crianças. Foi muito gratificante como Enfermeira poder realizar esta AES. Para além das ações que assumi de forma mais autónoma, pude acompanhar as sessões de introdução do projeto às crianças. Foi perceptível uma diversidade muito grande das características dos grupos. Alguns grupos eram muito ativos, mostrando alguma dificuldade de concentração, enquanto que outros grupos tinham um comportamento mais calmo. Isto exigiu alguma adaptação nas AES de forma a conseguir atingir os objetivos terapêuticos.

Ainda em contexto escolar, realizei uma AES para os educadores de infância e assistentes operacionais de uma IPSS sobre a diversificação alimentar, mais concretamente sobre o método Baby-Led Weaning cujo material produzido se encontra no Apêndice II. Esta ação foi solicitada pelo jardim de infância tendo em consideração as dúvidas que surgiam acerca do melhor método para iniciar a diversificação alimentar. Segundo os profissionais daquela IPSS os pais vêm a solicitar a introdução de alimentos inteiros numa fase quase inicial da introdução alimentar, no entanto, os profissionais sentem-se inseguros. Estes profissionais reconheceram a necessidade de procurar conhecimento acerca deste tema de forma a

poderem aproximar a prática deles às recomendações atuais relativas à diversificação alimentar.

É inegável a importância do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nas escolas. A Promoção da Saúde deve ser pensada ao longo de todo o ciclo vital, e deve ser tido em conta o efeito ascendente de transmissão de conhecimentos de filhos para pais, potenciando também alguma mudança no contexto familiar e por conseguinte na comunidade. A abordagem de alguns temas tão importantes para a saúde das crianças, como por exemplo a saúde mental, deve ser feita de forma precoce e continuada tornando-o um tema familiar.

No Projeto de Promoção da Parentalidade planei e realizei na íntegra um Curso de Massagem Infantil (Apêndice III) visto que havia concluído o curso de Instrutora de Massagem Infantil há cerca de um mês. Esta foi a minha primeira experiência como instrutora, e admito que foi um desafio conseguir que o grupo compreendesse a intencionalidade do curso. As intenções do curso são declaradas logo na primeira sessão e reforçadas ao longo das sessões, no entanto, foi perceptível que a maioria das mães queriam aprender as técnicas apenas para massajar o bebé para prevenção de cólicas. Incorreríamos no risco da missão do curso de massagem ser adulterada e em última instância não atingir objetivos reais do curso de massagem. Foi um trabalho exigente guiar aquele grupo para a verdadeira intenção da massagem, exigindo-me criatividade e a muitas habilidades comunicacionais. Não posso deixar de referir que no grupo de cinco díades era bem perceptível aquelas que tinham um papel parental comprometido, e aquelas em que o processo de vinculação do bebé e ligação mãe-filho estava bem estabelecido. O Curso de Massagem Infantil apresenta-se como uma estratégia de Promoção da Saúde visto que pais bem ligados aos seus filhos e filhos bem vinculados trazem vantagens inequívocas na saúde da família. Por considerar que o curso de massagem infantil é também preponderante na promoção da parentalidade este tema irá ser detalhadamente abordado no objetivo delineado para a promoção o desenvolvimento do papel parental.

No que respeita à atividade do NACJR e CPCJ, não me foi possível estar presente nas reuniões de acompanhamento de casos por razões de ordem burocrática, nomeadamente questões associadas ao Regime Geral de Proteção de Dados e questões judiciais. No sentido de procurar maior compreensão acerca do tema, questionei a Enfermeira que me supervisionou no estágio. Sendo ela a Enfermeira de referência para as atividades do NACJR

e CPCJ pode ficar com uma compreensão mais apurada de como se concretiza a referenciação através do enfermeiro de família, bem como se concretizam as reuniões e as entrevistas aos pais.

Objetivo

Avaliar e promover o desenvolvimento infantil e juvenil.

Atividades

- Realizar consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil;
- Avaliar e detetar precocemente desvios do desenvolvimento infantil e juvenil;
- Assegurar o cuidado à criança e família após internamento hospitalar;
- Promover a adesão ao plano nacional de vacinação;
- Vacinar a criança/jovem.

Reflexão Crítica

As consultas de vigilância de saúde Infantil e Juvenil representam uma oportunidade privilegiada na vigilância do desenvolvimento infantil, sendo a primeira linha de triagem para avaliação, intervenção e orientação de possíveis perturbações do desenvolvimento (Direção Geral da Saúde, 2013). O Enfermeiro que realiza Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil terá de reunir um conjunto de competências que lhe permita identificar variações dos padrões considerados normativos, mesmo que muito subtis. Através de uma rápida deteção assegurará que os problemas de saúde da criança e do jovem sejam tratados numa fase precoce, diminuindo o possível impacto da doença. Para além da importante vigilância do crescimento do desenvolvimento psicomotor, acrescenta-se a promoção da saúde e prevenção de doença através de cuidados antecipatórios e do incentivo ao cumprimento do Plano Nacional de Vacinação.

Ao longo das Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil que tive oportunidade de realizar, constatei que este contacto para além de um contacto profissional, é um reencontro de uma relação de proximidade entre o enfermeiro e a família, onde ambos têm um conhecimento profundo das vivências passadas e das dificuldades e forças da unidade familiar. Em conjunto identificam desafios e propõem-se a encontrar soluções. Quanto mais o enfermeiro tiver em conta a família no processo de cuidados e na identificação de soluções

e estratégias, maior será o envolvimento da família na pronta resposta às suas necessidades de saúde. Apesar de considerar que o reencontro nesta dimensão de pertença seja favorecedor aos cuidados, não podemos nunca descuidar a metodologia que se deve desenrolar na consulta de enfermagem, sob pena da consulta se tornar numa conversa que se poderia ter com qualquer outra pessoa. A consulta de Enfermagem é *“uma estratégia para aplicar o processo de Enfermagem no contexto da identificação de diagnósticos de Enfermagem (...) da prescrição e implementação de intervenções e da avaliação de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem”* (Melo, 2021, p. 13). Sendo assim é importante que o enfermeiro esteja bem ciente do que vai abordar na consulta, saber quais os focos centrais da sua atenção na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, quais os diagnósticos que podem ser levantados e subseqüentes intervenções, e como avaliar os resultados (Melo, 2021). Através deste método podemos viabilizar um processo de decisão clínica bem organizado. Quando o enfermeiro é eficaz nesta abordagem científica e humana consegue-se criar uma relação terapêutica potenciando as capacidades que cada família tem no seu processo de autocuidado.

Neste contexto realizei consultas a crianças com idades variadas, desde RN até adolescentes. As consultas foram organizadas com base nos documentos da DGS, tendo sempre em consideração a idade da criança. Tive particular satisfação na realização de consultas na idade entre os 18 meses e os 4-5 anos. A avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança na consulta iniciava-se logo à entrada da criança e família no consultório. Um conjunto de habilidades da criança pode ser percebida ao longo da consulta sem que seja necessário questionar os pais nesse sentido. Observei a criança e a família, o modo como se falavam, como se comportavam e como a criança brincava, o que me proporcionou um conjunto de informações importantes relativamente ao desenvolvimento da criança, mas também ao papel parental. Uma vez mais, a comunicação surge como uma ferramenta imprescindível. A utilização de perguntas abertas, permitiu-me identificar inseguranças dos pais, mas também muitas frustrações relativas à realidade da parentalidade que viviam, diferente daquela que idealizaram. A birra foi frequentemente apontada como uma preocupação dos pais. Surgiram momentos de conexão entre mim e família, onde consegui elucidar sobre competências cognitivas das crianças na gestão emocional da sua birra, levando os pais a refletir sobre a importância do seu papel parental enquanto adultos na relação. Entender o ponto de vista da criança, acolher os seus sentimentos perante as

frustrações, e colocar limites, no entanto sempre com respeito e empatia com a criança foram algumas das sugestões que aponte.

As consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil são realizadas em marcos importantes do desenvolvimento da criança e o esquema vacinal acompanha quase todos estes momentos. Com esta articulação é possível aumentar tanto a adesão ao esquema vacinal como a presença nas consultas para avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança. Promovi a adesão ao Plano Nacional de Vacinação, elucidando os pais da sua importância na prevenção de doenças com um impacto muito importante na saúde individual e comunitária. Todos os pais e crianças mais velhas, compreenderam e cumpriam o plano previsto para a vacinação. Administrei vacinas às crianças e elucidei os pais e crianças sobre potenciais reações adversas pós vacinação.

Ainda em contexto da USF tive a incrível oportunidade de observar e participar num processo de referenciação do hospital para os cuidados de saúde primários, operacionalizando aquilo que deverá ser uma das intenções das instituições de saúde: um modelo de integração de cuidados. Este movimento em direção à integração de cuidados ambiciona combater a fragmentação da prestação de cuidados de saúde, gerindo os recursos na promoção da saúde no diagnóstico, tratamento e reabilitação, numa interligação contínua dos prestadores de saúde de forma obter ganhos em saúde (Santana & Costa, 2008). A Enfermeira de Família, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica foi contactada via e-mail por um médico pediatra de um hospital onde uma criança com 560 dias de vida, todos eles vividos em contexto hospitalar, estaria internada. Era uma criança que tinha nascido com uma grande prematuridade tendo tido várias intercorrências ao longo de todo o internamento. No e-mail, o médico informava que em contexto de preparação da alta, auscultava a equipa de saúde sobre como poderiam trabalhar em conjunto relativamente às necessidades de saúde da criança e da família, ponderando até a possibilidade de os mesmos se deslocarem ao hospital, para um processo de referenciação otimizado.

Através da consulta do processo de enfermagem, foi perceptível que a criança tinha necessidades de saúde específicas. Para além de um atraso de desenvolvimento, tinha também uma traqueostomia e uma gastrostomia. Por este motivo, foi prontamente reconhecido pela enfermeira de família a necessidade de preparação da USF para a receção desta criança na comunidade, considerando também que poderia ser necessário de forma antecipatória encaminhar para outras unidades funcionais do centro de saúde. Por este

motivo no seguimento do e-mail recebido, foi agilizada uma visita da Enfermeira ao internamento hospitalar.

Acompanhei a visita ao hospital, o Enfermeiro Responsável pela criança naquele turno recebeu-nos de forma muito fugaz, no entanto tivemos a oportunidade de conversar com a mãe da criança que prontamente reconheceu a Enfermeira de Família. Estivemos com a criança o que nos permitiu fazer uma avaliação inicial das necessidades mais urgentes da mesma. Considero que esta visita foi crucial para os cuidados de saúde se prepararem adequadamente para a receção da criança, a atitude por parte dos cuidados de saúde primários foi irrepreensível, no entanto não posso deixar de refletir que o caminho para a integração de cuidados ainda tem um caminho longo a percorrer. Apesar deste movimento ser cada vez mais necessário, é obrigatório que os profissionais de saúde, reconheçam neste modelo o seu designo estratégico de evitar descontinuidades de prestação de cuidados, reduzir a fragmentação de cuidados, e aumentar a eficiência dos cuidados das entidades prestadoras de saúde trazendo valor em saúde. Nós, Enfermeiros, somos parte da mudança e devemos encará-la como entusiasmante e indispensável para a qualidade de cuidados.

Objetivo

Assistir a criança/família nos processos de transições vividos.

Atividades

- Reconhecer a natureza das transições que estão a ser vivenciadas pelas crianças/e/ou famílias;
- Apoiar as crianças e famílias no processo de transição;
- Proporcionar experiências positivas ao longo do processo de transição.

Reflexão Crítica

Os Enfermeiros são os profissionais que frequentemente acompanham e apoiam os utentes nos processos de transição que vivenciam. Uma transição corresponde a uma passagem de um estado estável para outro estável, sendo essa passagem desencadeada por uma mudança (Meleis, 2009). Essas transições são compostas por diferentes dinâmicas, marcos e pontos de viragem, e podem ser definidas por meio de processos e resultados finais.

Os Enfermeiros facilitam o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde dos clientes e experiências de doença (Meleis, 2009). A natureza das transições são a desenvolvimental, a situacional, a saúde/doença e a organizacional. Durante a vivência do processo de transição algumas propriedades, como por exemplo o reconhecimento do processo de transição, pode afetar o resultado final da transição. Existem também condicionantes facilitadoras e inibitórias desde características pessoais (como as crenças, atitudes, situação socioeconómica), a características da comunidade onde está inserido, que podem influenciar este processo (Meleis, 2009). Ao longo do processo de transição espera-se que indicadores de processo como por exemplo, conectar-se com as pessoas em seu redor (família ou profissionais de saúde) fomente a procura de soluções permitindo culminar a transição com indicadores de resultado positivos, como por exemplo, a mestria (Meleis, 2009). O Enfermeiro capaz de estabelecer uma relação síncrona com o seu utente irá ser capaz de apoiar e capacitar o utente a encontrar as ferramentas certas para atingir a mestria ou reformulação de uma nova identidade no fim desse processo.

Os processos de transição que identifiquei e apoiei ao longo do estágio foram essencialmente as transições desenvolvimentais, organizacionais e de saúde/doença. Elas podem surgir isoladamente, ou seja, transições simples, mas frequentemente surgem em simultâneo correspondendo a um padrão múltiplo. A acrescentar aos desafios da transição individual, as transições que surgem por exemplo na doença de uma criança, afetam toda a unidade familiar. Complexifica-se aqui, na minha perspetiva, o processo de transição. Várias transições decorrem em simultâneo afetando a estabilidade familiar.

Considero nas próximas linhas, a título reflexivo, a complexidade das transições vividas pelo adolescente a quem foi diagnosticado a neoplasia cerebral no SUP ao mesmo tempo que a mãe estava internada por recidiva de neoplasia. Podemos vislumbrar várias transições múltiplas e sequenciais. O adolescente inicia uma nova transição de saúde/doença, enquanto que em casa já se viviam várias transições decorrentes da doença da mãe e enquanto ele próprio encontra-se em plena transição desenvolvimental provocada pela entrada na adolescência. Em casa, todos viviam o processo de transição da doença da mãe vivendo também muito possivelmente um processo de transição do tipo organizacional por necessidade de mudanças de papel no seio familiar decorrentes da ausência forçada da mãe. Adiciona-se a esta transição, o facto de o pai do adolescente ficar a acompanhar o filho no hospital, e os irmãos do adolescente terem de ficar com a tia. Pensando isoladamente em

todos os elementos da família e depois na família como uma unidade, este é um momento muito difícil.

Reflico hoje com mais clareza sobre a minha postura como enfermeira naquele momento. Após o primeiro impacto da notícia, o adolescente iria ser transferido para outro hospital. Durante este compasso de espera, ajudei o pai a encontrar soluções para questões práticas. Incentivei-o a ligar a um familiar (ligou à irmã) de forma a que o pudesse apoiar naquele momento. Fiquei com o adolescente enquanto o pai falou com os profissionais de saúde e posteriormente com a irmã que havia chegado ao SUP. Considero que o Enfermeiro tem de assumir o papel de facilitador na procura de estratégias, apontando possíveis caminhos e facilitando recursos familiares, da comunidade ou sociais que poderão ajudar a família, no entanto, este apoio deve ser desencadeado nos tempos certos. Naquele contexto, falar muito mais do que o básico para saber como se sucederiam as próximas horas poderia ser informação a mais. Uma vez mais, cabe ao enfermeiro a mobilização de competências emocionais para lidar com estes momentos tão delicados, mas ao mesmo tempo, violentos.

Na Neonatologia, os processos que pude identificar foram essencialmente os processos de transição desenvolvimental em simultâneo com o processo saúde/doença. Tornar-se mãe ou pai constitui uma transição desenvolvimental que por si acarreta desafios. Quando esta transição é acompanhada pelo internamento na UCIN é adicionada não só uma nova transição, a de saúde/doença, mas também fatores inibidores do processo de transição para a parentalidade que se iniciou no nascimento do bebé. É um processo de transição múltiplo, simultâneo e relacionado. É quase dispensável dizer que aqui, uma vez mais, o enfermeiro que conheça os aspetos emocionais vivenciados pelos pais de RN internado na UCIN, encerra em si uma estrutura de apoio imprescindível reduzindo tensões e angústias, na tentativa de fortalecer o vínculo entre pais e filhos neste momento tão desconhecido e nada esperado pelos pais (Santos, et al., 2019).

Em contexto da UCC, o processo de transição mais evidente foi a transição desenvolvimental. Ela foi bastante perceptível nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil realizadas na USF. As famílias com filhos recém-nascidos estão em plena transição desenvolvimental à procura da mestria e da reformulação da sua nova identidade. Este processo de transição é largamente influenciado, tal como anteriormente referido, pelas condicionantes facilitadoras ou inibidoras em que a transição acontece. Gostaria aqui de dar

alguma ênfase a uma delas, a condicionante pessoal de onde se destaca o significado, a preparação e o conhecimento.

Muito embora reconheça que o processo de transição para a mãe é substancialmente diferente relativamente ao pai, nos desafios, intensidades, e tempos, faço uma abordagem em conjunto de como as condicionantes pessoais podem afetar a transição em tornar-se pai e tornar-se mãe.

O significado que as famílias dão à chegada de um novo filho ao seio familiar irá influenciar o decurso do processo de transição. Se os pais e mães atribuem imenso prazer ao seus papéis como mãe e pai irão vivenciar este processo de transição de forma menos atribulada, se pelo contrário, os pais não reconhecem prazer no papel, o processo de transição será menos saudável. O pai e a mãe que dão um significado mais neutro ao papel que vivenciam, podem também experienciar um processo de transição mais regular. Nas condicionantes pessoais, tanto os significados neutros ou positivos podem facilitar o processo transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Shumacher, 2000). Promover momentos de ligação entre os bebés e os pais, de forma a praticarem uma parentalidade mais próxima, identificando as necessidades do bebé, desenvolvendo a noção dos pais de que são capazes de cuidar do seu bebé potenciando assim uma maior satisfação no papel parental, são algumas das estratégias facilitadoras do processo de transição para a parentalidade.

Nas condicionantes preparação e conhecimento a preparação antecipada para o momento de transição afigura-se como uma estratégia de capacitação dos pais para este momento. O conhecimento antecipado das dificuldades que se avizinham pode ser muito útil na gestão dessas mesmas dificuldades *in loco*. As sessões de preparação para o nascimento surgem como um elemento essencial de preparação para a parentalidade onde se devem abordar os desafios espectáveis após o nascimento de um filho.

No reconhecimento, como enfermeira, de todos estes processos de transição, várias são as intervenções que se podem desenrolar no sentido de promover uma transição saudável. Apoiei os pais no processo de transição questionando quais os sentimentos relativos ao seu processo de parentalidade. Assegurei que todos os sentimentos são válidos e que os processos são isso mesmo, processos que decorrem no tempo, sem atropelos, ao ritmo de cada um. Apoiei nas dificuldades que surgiam na amamentação, promovendo sempre o aleitamento materno na medida em que os pais o desejavam. Encontramos soluções juntos

para promover momentos de descanso para todos através da clarificação de papéis, considerando o suporte da família alargada. Utilizei o Modelo de Touchpoints de Berry Brazelton, elucidando os pais de que estes touchpoints correspondem a avanços ou saltos, na dinâmica do desenvolvimento de cada criança e que a cada um destes saltos sucede de forma prevista a uma desorganização da mesma. Estes períodos de desorganização geralmente correspondem a estados de ansiedade e crise parental potenciando desadaptação e stress intrafamiliar (Pedro, 2005). Abordando-os de forma antecipatória estamos a potenciar a condicionante preparação e conhecimento reconhecido por Meleis, dando abertura para a procura ativa de estratégias que possam facilitar a transição para a fase seguinte do desenvolvimento (Pedro, 2005), e, por conseguinte, o progresso no processo de transição parental.

Por fim, no entanto, não menos merecedor de destaque, promovi a proximidade do bebé com o pai ou a mãe através do toque, colo e dispositivos para *babywearing*. Promovi o enamoramento entre mãe, pai e filho tão importante na vinculação. De acordo com Brazelton (1995) o comportamento de um recém-nascido parece destinar-se a atrair os pais. A forma como procura o rosto da mãe e do pai, a forma delicada, mas firme, como se agarra e como se aconchega no pescoço provoca uma enorme vontade de o aconchegar, acolher e entender. A teoria da vinculação de Bowlby defende que o bebé é um ser social biologicamente programado para se aproximar dos progenitores através do processo de vinculação (Papalia, Feldman, & Olds, 2001). O bebé move-se em direção aos pais com o intuito de promover uma ligação duradoura que lhe possa assegurar as suas necessidades para poder crescer naturalmente. Pais que conseguem ligar-se aos seus filhos, irão ter experiências positivas o que permitirá o desenvolvimento de uma noção de autoeficácia nos cuidados ao seu bebé que se repercutirá na aquisição de uma nova identidade enquanto pai e mãe e, portanto, uma transição saudável.

Perceber o indivíduo e a família à luz desta Teoria de Enfermagem permite descrever, diagnosticar e prescrever um conjunto de intervenções em enfermagem que vão ao encontro das necessidades do utente.

Objetivo

Desenvolver competências na aquisição do papel parental.

Atividades

- Identificar os desafios vividos pelos pais na parentalidade;
- Capacitar os pais para o exercício da parentalidade;
- Facilitar a satisfação no papel parental, como estratégia fundamental para a otimização do desenvolvimento psicomotor da criança/adolescente.

Reflexão Crítica

A Parentalidade de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é definida como os “*comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados*” (International Council of Nurses, 2019). A adaptação à parentalidade pode ser então percebida como a capacidade de gestão ou estratégias de *coping* face às situações novas que os desafios da parentalidade introduz na vida da mãe e do pai.

As expectativas sobre o que os pais devem fazer pelos seus filhos são estabelecidas pelas realidades biológicas e pelas forças sociais. Não existe uma fórmula mágica para desenvolver a parentalidade, todas as crianças são diferentes e a parentalidade exige a mobilização de várias características internas enquanto pai e mãe, nomeadamente, os seus conhecimentos e os seus processos cognitivos.

Estes processos cognitivos são descritos por alguns autores como *metaparenting*, que corresponde a uma capacidade de pensamento que lhes permite avaliar a educação dos seus filhos, que geralmente surge antes ou após as interações com as suas crianças, através de processos cognitivos como antecipar, avaliar, resolver problemas e refletir. Esta forma consciente do seu processo parental traz vantagens positivas não só para os pais, mas também para os filhos. Implica que os pais estejam atentos e presentes em oposição a uma parentalidade automática com pouca sensibilidade para as dificuldades reais. Aprimorar a capacidade de ser capaz de pensar sobre como lidar com situações específicas permite aos pais pôr em prática uma parentalidade mais centrada nas necessidades das crianças (Heath, 2006).

Em todos os contextos de estágio tive a oportunidade de apoiar os pais na aquisição de competências para o papel parental. No SUP, a promoção do papel parental especial foi uma

constante. A capacitação dos pais sobre o regime medicamentoso em episódios de febre, os cuidados associados à aerossolterapia e a realização de lavagem nasal foram os cuidados mais frequentes, tendo em consideração o pico de infecções respiratórias que se estava a vivenciar.

Na Neonatologia promovi o papel parental tentando proporcionar experiências positivas num ambiente tão inóspito como a UCIN. O internamento de um filho nos cuidados intensivos é uma situação inesperada para os pais provocando inúmeros sentimentos negativos que podem dificultar o processo de vinculação e a ligação pai/mãe-filho. No entanto, este impacto negativo pode ser atenuado a partir do diálogo e do acolhimento, por parte dos profissionais da saúde (Santos, et al., 2019).

Neste contexto apoiei os pais assumindo que todos contactos seriam capazes de tranquilizar a família ou fragilizá-la. Empreguei o Modelo de Parceria de Cuidados promovendo a participação dos pais nos cuidados, na medida em que eles pretendiam participar. Promovi o toque através do método de canguru, explicando as vantagens para eles e para o bebé. Fiz perguntas abertas sobre as suas ansiedades através de um diálogo terapêutico e promovi a amamentação sempre que amamentar era um projeto da mãe. No entanto, nem sempre estes processos de promoção do papel parental são lineares. Recordo uma mãe de filhos gémeos nascidos com 33 semanas de gestação. Os bebés estavam internados há cerca de 30 dias. Durante o internamento os bebés passaram por momentos de grande instabilidade, no entanto estavam os dois, naquele momento, estáveis em ventilação espontânea, alimentados por sonda nasogástrica ou por via oral de acordo com tolerância. Em conversa, a mãe disse que quando soube que estava grávida de gémeos que tinha sido um choque, e que ainda hoje, preferia ter só um. A forma como esta mãe falava e cuidava dos bebés mostrava algum distanciamento. Verbalizando constantemente que a menina era preguiçosa, que o irmão era mais despachado. A ligação mãe-filhos merecia alguma atenção. O ambiente de internamento poderia estar a dificultar a ligação da mãe com os filhos, mesmo sendo promovidas todas as experiências acima descritas. Saliento que a mãe prestava quase todos os cuidados aos bebés quando estava presente, estando por isso, bem envolvida nos cuidados. Questionei-me várias vezes sobre como poderia, como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, promover a ligação mãe-filho. Tendo em consideração que os bebés estavam estáveis, uma das intervenções que deveria ser entretanto equacionada (visto que a mãe extraía leite materno na bomba extratora de leite) era incentivar a colocação dos

bebés à mama, promovendo assim uma ligação mais física, aumentando a produção de ocitocina promovendo a ligação mãe-filho e a vinculação dos bebés. Em contrapartida, era notório que o pai estava mais ligado aos bebés, pela forma como cuidava deles, e pela forma como verbalizava a satisfação no seu papel parental. Nos internamentos longos, o pai ou a mãe, na generalidade optam por passar a noite em casa, mesmo sendo possível pernoitar no serviço. Num internamento prolongado, creio que esta separação mesmo que apenas no período noturno influencie o desenvolvimento do papel parental.

Na UCC tive a oportunidade, como referido anteriormente, de planear e ministrar um Curso de Massagem Infantil. O curso de massagem infantil pretende, sobretudo, promover a interação entre os pais e o bebé através do processo de vinculação, construindo relações de carinho e respeito através de uma sintonia emocional e capacidade de resposta dos pais às necessidades do bebé otimizando assim a regulação mútua (McClure, 2017).

Através deste plano de educação parental, pretende-se promover o desenvolvimento do papel parental e o sentimento de satisfação dos pais nesse papel, traduzindo-se em repercussões no desenvolvimento das crianças. Reconhecer as competências de comunicação do bebé, bem como, a sua individualidade irá promover a vinculação e o papel parental.

O grupo era constituído por quatro díades (mãe-bebé) e uma tríade (mãe-bebé-avó). Durante todas as sessões ouvi atentamente, valorizei emoções e opiniões diferentes, aceitei os sentimentos que cada mãe sentia acerca do seu bebé e na discussão de grupo apoiei as mães a encontrarem uma solução para as suas inquietações em vez de fornecê-la. De forma muito interessante a resposta às perguntas e ansiedades iam surgindo no diálogo de grupo. Esta atitude de escuta ativa permitiu-me com relativa facilidade identificar quais as díades que estavam mais ligadas e vinculadas.

A forma como as mães comunicavam com o bebé, a paralinguagem, e a forma como se referiam aos desafios da parentalidade forneciam um conjunto de informações que me obrigou a alguma flexibilidade na gestão dos temas que havia planeado para o curso, que correspondem aos temas recomendados pela Associação Internacional de Massagem Infantil. Ao passo que algumas das díades estavam bem ligadas ao bebé, dançando entre a massagem e as necessidades dos bebés que se impunham, outras não conseguiam comunicar eficazmente com o mesmo. As díades com maior dificuldade em comunicar com o bebé e a ligar-se efetivamente a ele eram as díades que ofereciam mais resistência às ideias do grupo

durante a discussão. Enquanto que outras mães falavam sobre as dificuldades da parentalidade, uma das mães (a que estava acompanhada pela avó do bebé) tendia a não reconhecer as necessidades do bebé, de colo e conforto, referindo que “está mal-habitado” e que “ele é manhoso”. Reconheço nesta mãe a dificuldade em ligar-se ao filho, reconheço também que existe provavelmente um padrão geracional, visto que a avó do bebé tinha a mesma postura. Este bebé tinha 3 meses de vida e esta mãe pelas forças das circunstâncias já estava a trabalhar e o bebé ficava com a avó. As condicionantes, referidas por Afaf Meleis como inibitórias do processo de transição eram aqui bem perceptíveis, o significado que a mãe dava à parentalidade naquele momento, as crenças familiares e a atitude perante as mesmas, a falta de informação acerca das necessidades de um bebé em desenvolvimento, e o facto de ter ido trabalhar tão precocemente obrigando-a a ficar longe do seu bebé estavam a ser preponderantes na ligação mãe-filho com possíveis repercussões na vinculação e na ligação ao filho. Acredito que esta mãe em particular conseguiu levar algumas ferramentas que lhe servirão para ligar-se de forma mais efetiva ao bebé. De acordo com a Teoria de Consecução do Papel Materno de Mercer, para que a mãe adquira identidade materna três componentes principais do “*papel maternal são necessárias: ligação ao bebé, aquisição de competência nos comportamentos da maternidade e expressão da recompensa pelas interações materno-infantis*” (Santos, et al., 2019, p. 3). Neste caso em concreto a ausência do primeiro componente, muito provavelmente, estaria a limitar a conquista dos outros elementos.

Como referi anteriormente, constatei que inicialmente as mães não reconheciam a verdadeira intencionalidade do curso. Chego à conclusão que os pais que tenham características pessoais mais propensas a ligar-se ao bebé serão aqueles que mais beneficiam do curso, pelo contrário, os pais que não reconhecem essa necessidade são mais resistentes na ligação ao filho. Estes últimos terão de ter uma abordagem por parte do Enfermeiro que incida sobre o comprometimento do papel parental, nomeadamente na ligação mãe-filho ou pai-filho. É de extrema importância que tanto o Enfermeiro que referencia para o curso de massagem, mas sobretudo o instrutor, saiba transmitir de forma empática, respeitosa, mas bem esclarecida os objetivos do curso, que se baseiam na promoção da ligação entre pais e filhos, bem como permitir uma vinculação segura através do toque/massagem. O curso de massagem é uma oportunidade extraordinária para a capacitação das famílias, promovendo a confiança enquanto mães e pais enquanto reformulam a sua identidade materna e paterna num processo contínuo de crescimento.

As competências do instrutor do curso de massagem, neste caso Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, farão toda a diferença no atingimento dos resultados finais. Promover a parentalidade constitui um desafio gigante para o enfermeiro, exigindo a mobilização de competências científicas, comunicacionais e éticas. É urgente uma mudança de paradigma na forma como se promove a parentalidade. Deixar de dar simples instruções aos pais sobre como se deve fazer, mas pelo contrário, fornecer as perguntas relevantes e necessárias acerca do seu papel enquanto pai e mãe, dando-lhes espaço para que os mesmos reflitam sobre as suas preocupações e inseguranças, descobrindo a melhor forma de a sua família lidar com uma situação específica será o caminho certo.

O Enfermeiro ao mudar o foco de observar o que os pais estão ou não a fazer pelo filho passando a concentrar-se no papel parental permite-lhe uma nova perspetiva de cuidados. Esta perspetiva passa por perguntar-se a si como profissional, como posso ajudar os pais a tornarem-se mais confiantes sobre as decisões que tomam e a sentirem-se mais competentes na sua capacidade de as concretizar (Heath, 2006).

4.2.DOMÍNIO DA GESTÃO

A gestão dos cuidados de Enfermagem pode ser compreendida como uma atividade profissional baseada na ciência do cuidar, onde o planeamento, a organização e controlo da prestação de cuidados garante a qualidade e continuidade de cuidados e proporciona sustentabilidade às orientações estratégicas da instituição (Mororo, Enfers, Lira , Silva , & Menezes, 2017).

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro plasmado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abri) na alínea 6 do artigo 9º, declara que os enfermeiros contribuem para a profissão de distintas formas para além da prestação de cuidados, nomeadamente no exercício da atividade na área de gestão, por exemplo, através da avaliação e proposta dos recursos humanos necessários para a prestação de cuidados de enfermagem necessários (Ordem dos Enfermeiros, 1996).

Reconhecendo o entendimento profundo sobre cuidados de saúde que os enfermeiros detêm, considero que estes são os profissionais de excelência na identificação das necessidades dos

utentes, garantindo através de estratégias de gestão que essas necessidades sejam resolvidas adequadamente de acordo com toda a estrutura que as instituições disponibilizam para os cuidados.

Competências a desenvolver

- Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;
- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.

Objetivo

Conhecer e integrar o método de trabalho praticado.

Atividades

- Analisar os cuidados de enfermagem prestados;
- Identificar os diferentes métodos de trabalho em uso nos diferentes contextos.

Reflexão Crítica

O Método de Trabalho de Enfermagem, deve ser considerado como estruturante na prestação de cuidados. De acordo com o contexto de trabalho poderá haver metodologias que se adequem melhor às circunstâncias, dependendo muitas vezes da natureza dos cuidados em si. A apropriação do método de trabalho cumpre conhecer como é feita a gestão dos cuidados a ser prestados, mas também a perspetiva conceptual da Enfermagem na instituição, como uma forma de pensar e organizar o pensamento em enfermagem para a ação (Parreira, et al., 2021). De acordo com Parreira et al. (2021) existem quatro métodos dominantes na literatura sobre a organização da prestação de cuidados de enfermagem. Estes podem agrupar-se em dois grandes grupos, o método orientado para as tarefas do qual faz parte o Método Funcional ou à Tarefa, e o método centrado na pessoa ao qual pertencem o Método de Trabalho Individual, o Método de Trabalho de Equipa e por fim o Método de Enfermagem Primária ou Método de Enfermeiro Responsável.

No serviço de Neonatologia praticava-se o Método de Trabalho individual, que consiste num método em que um enfermeiro assume total responsabilidade pela prestação de cuidados a um grupo de utentes durante o seu turno, valorizando a personalização e individualização dos cuidados (Parreira, et al., 2021). Neste sentido prestei cuidados aos RN que me foram

atribuídos, centrados sempre na individualização dos mesmos. O facto de poder centrar-me na prestação de cuidados ao mesmo RN e família durante todo o turno possibilitou-me o cumprimento do plano de cuidados, mas mais do que isso, possibilitou-me uma perceção aprofundada das necessidades do RN e da família e autonomia no momento de tomar decisões. Este método de trabalho permitiu-me também estabelecer uma relação de confiança com a família.

No SUP o método de trabalho em uso é o Método de Trabalho Funcional ou à Tarefa. Cada enfermeiro ficava responsável por uma área específica do atendimento, definindo à priori as tarefas específicas que cada um teria de concretizar. Este método centrado nas tarefas/cuidados a desenvolver, faz cumprir as necessidades de cuidados de enfermagem do SUP na tentativa conseguir fazer face à flutuação de necessidades de cuidados a que a urgência está sujeita. A elevada rotatividade de doentes, muitas vezes com necessidades de cuidados simples e pontuais, justifica a adequação deste método que proporciona um maior aproveitamento dos recursos humanos (através da execução de tarefas que se extinguem nelas próprias), permitindo uma maior economia de tempo.

Pese embora a adequação deste método no que respeita às necessidades de cuidados (decorrentes da grande rotatividade de doentes) do serviço de urgência e na perspectiva financeira no gestor, ele apresenta também desvantagens reconhecidas que merecem ser destacadas. O Método Funcional ou à Tarefa é um entrave ao entendimento dos cuidados centrados no doente, visto que o foco de atenção é a tarefa e não o utente, podendo implicar na qualidade e segurança dos cuidados. A comunicação efetiva entre profissionais de saúde perde espaço bem como a continuidade de cuidados. (Parreira, et al., 2021). Creio no entanto, que estas desvantagens serão agravadas se este método for aplicado em contextos que em nada beneficiam dele, o que não acontece no SUP pelos motivos acima referidos. Considero também que estas desvantagens deverão ser consideradas de forma bem consciente tanto por parte dos gestores, como por parte dos enfermeiros que cuidam no sentido de minimizar o impacto negativo deste método. Durante o estágio no SUP, pude aplicar o Método Funcional ou à Tarefa o que me permitiu, sendo uma das suas conhecidas vantagens, maior proficiência nas tarefas executadas, visto o carácter repetitivo das mesmas. No entanto, sempre que possível, assumi a prestação de cuidados de forma integral a todas as crianças e família que passaram pelo meu cuidado até à alta hospitalar ou internamento.

Na UCC e na USF o método de trabalho praticado é o Método de Enfermeiro Responsável. Este método destaca-se dos outros métodos de trabalho de enfermagem pelo facto de atribuir a um enfermeiro a total responsabilidade pela decisão dos cuidados de enfermagem prestados aos seus utentes. Estes cuidados são planeados e implementados pelo enfermeiro responsável, no entanto, sempre que o mesmo esteja impedido de concretizar os cuidados (por exemplo, por impossibilidade de o mesmo estar presente vinte e quatro horas por dia) delega a execução dos mesmos nos seus colegas, designados de enfermeiros assistentes. O enfermeiro responsável pode assumir esta função ao mesmo tempo que colabora com a equipa de enfermagem, assumindo também o papel de enfermeiro assistente (Parreira, et al., 2021). Este método permite uma relação mais próxima e profunda entre enfermeiro-utente inculcando em ambos maior envolvimento no processo de saúde-doença. A apropriação por parte do enfermeiro da responsabilidade total do planeamento de cuidados fomenta o estreitamento de relação de confiança entre o enfermeiro, o utente e a família, na procura de fazer face às suas necessidades de saúde (Silva M. , 2017).

Na UCC o processo de decisão relativamente aos cuidados a prestar passaram inteiramente pelo enfermeiro responsável pelas pequenas comunidades (por exemplo, a comunidade escolar de uma escola ou turma, ou um conjunto de mães e pais) atribuídas àquele enfermeiro, sendo que, participei em todas as decisões relativamente às ações que foram sendo planeadas e executadas.

Na USF o Enfermeiro de Família, neste caso, Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e eu, juntamente com a família, decidíamos através da aplicação do processo de enfermagem, estratégias para dar resposta às necessidades de saúde da criança e família. Pude neste contexto, experienciar bem de perto uma noção vívida do método de enfermeiro responsável, visto que no âmbito da assistência de enfermagem todas as decisões passam por aquele enfermeiro. Para a concretização deste método de trabalho é necessário que o enfermeiro seja dotado de competências notáveis na identificação de problemas, visto que apesar de o mesmo estar integrado numa equipa à qual pode recorrer na procura de soluções aos problemas de saúde dos seus utentes atribuídos, cabe-lhe a ele de forma exclusiva a identificação primária desses focos de atenção para que possam ser transpostos posteriormente para o processo de enfermagem.

Competências a desenvolver

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;
- Colaborar no processo de integração de novos profissionais;
- Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização.

Objetivo

Participar na gestão dos cuidados de enfermagem otimizando o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

Atividades

- Colaborar nas decisões da equipa de saúde;
- Avaliar a necessidade de referenciar para outros profissionais da equipa multidisciplinar;
- Trabalhar em articulação a equipa multi e interdisciplinar.

Reflexão Crítica

A gestão dos cuidados de Enfermagem assume uma elevada influência nos cuidados, sendo o meio de concretização da qualidade no exercício profissional dos enfermeiros. Os enfermeiros gestores têm a responsabilidade de através da implementação de modelos de prestação de cuidados alinhados com missão e visão da organização onde trabalham e de acordo com os recursos humanos e materiais disponíveis, proporcionar cuidados de excelência, ao menor custo, melhorando ao mesmo tempo os resultados da satisfação do utente e da família (Parreira, et al., 2021). Vários são os fatores que influenciam o cuidado que chega ao utente. As dotações seguras e o método de trabalho são duas delas, representando uma atenção incontornável para o Enfermeiro que participa na gestão das equipas.

O estágio no SUP e UCIN decorreram no mesmo hospital, no entanto, embora partilhem da mesma gestão organizacional, existem diferenças que vão ao encontro da especificidade de cada serviço. As dotações seguras do hospital são calculadas de acordo com a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, no entanto foi perceptível a necessidade de alterar essas dotações de acordo com as necessidades

de cuidados que se impunham. O sistema de classificação de doentes em Enfermagem permite avaliar *in loco* as necessidades de saúde dos doentes internados, e, por conseguinte, a necessidade de ajuste do número de enfermeiros para as necessidades de saúde vertidas no Processo de Enfermagem, via sistemas de informação. Pude constatar, que embora o sistema de classificação de doentes em Enfermagem não se faça de forma formal nos sistemas de informação, na Neonatologia diariamente há mobilização de Enfermeiros entre a UCIN e a UCEN de acordo com a complexidade dos cuidados necessários. Neste sentido, avaliei o processo de enfermagem dos RN internados nas duas unidades, e de acordo com as necessidades de cuidados reconhecidas, participei na distribuição dos enfermeiros, sendo que em determinados momentos a equipa teve de ser reforçada. A gestão dos recursos humanos não se deposita exclusivamente na enfermeira gestora assumindo aqui os Enfermeiros Especialistas um papel imprescindível tendo em consideração a sua proximidade aos cuidados e consequentemente uma maior apropriação da necessidade dos mesmos.

No que respeita à Urgência Pediátrica, esta gestão de recursos humanos foi também necessária. O Serviço de Urgência é o serviço de entrada no hospital sujeito às constantes flutuações de necessidades de saúde da comunidade. Ao longo das 90 horas de estágio, foi bem perceptível um aumento da afluência da população ao serviço de urgência, o que implicou o reforço da equipa. A sazonalidade de algumas doenças, nomeadamente as doenças respiratórias, pressiona os serviços de urgência quando os mesmos não estão preparados para este aumento. Apesar de serem expectáveis estas flutuações de necessidades tendo em consideração a sazonalidade das doenças, creio que a possibilidade de criar um sistema, por exemplo, através de número de admissões de urgência ao longo dos anos, é uma das estratégias possíveis para uma gestão otimizada das equipas de enfermagem justificando assim a possibilidade de necessidade de ajuste das dotações seguras ao longo de todo o ano, não sobrecarregando a equipa de enfermagem nos momentos de maior pressão.

Nas UCC, as dotações são calculadas através da mesma norma da Ordem dos Enfermeiros. A cada enfermeiro é atribuída uma área geográfica fazendo a gestão do seu trabalho autonomamente. O local de trabalho do Enfermeiro da UCC é a comunidade, o que por si, traz alguns desafios na gestão eficiente dos recursos. A título de exemplo, o Projeto de Saúde Escolar pressupunha numa fase inicial estar presente em 6 escolas ao longo de 9 sessões. Impõe-se então, a otimização dos recursos financeiros da UCC no pagamento de

deslocações, bem como na otimização do tempo gasto em deslocamentos por parte do enfermeiro. Realizei uma pesquisa geográfica das escolas e fiz um mapa das instituições que iríamos visitar no mesmo dia. Num dia conseguíamos visitar duas escolas, que por vezes distavam entre si 5 km compensando assim os quilómetros percorridos, mas sobretudo permitindo a otimização do trabalho do Enfermeiro.

A estrutura organizacional suporta o funcionamento dos cuidados de saúde. Conhecer os recursos disponíveis da organização é fundamental para a prestação de cuidados. Desta estrutura fazem parte normas e procedimentos dos serviços que apoiam os cuidados, bem como, normas de referenciação de utentes. Em todos os contextos consultei as normas, procedimentos, processos assistenciais integrados de forma a inteirar-me da organização estrutural do serviço. No SUP referenciei crianças para hospitais com Serviço de Urgência Polivalente, tal como na UCIN foram referenciados RN para hospitais com Especialidade Cirúrgica sempre que era necessária essa abordagem. Participei na preparação das crianças e família para o transporte e na elaboração da carta de referência, não tendo tido, contudo, a oportunidade de acompanhar o transporte destas crianças.

A consulta destes documentos, permitiu que me inteirasse dos procedimentos de referenciação nas USF e UCC para os projetos e ações que servem de apoio à criança e família. Nas Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil pude referenciar famílias para o curso de massagem e consulta de apoio à amamentação, fazendo uso dos recursos da UCC otimizando os cuidados. A gestão consciente dos recursos disponibilizados é imprescindível para a sustentabilidade do trabalho do enfermeiro e das instituições e a entrega dos melhores cuidados às famílias.

4.3.DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação em Enfermagem deve ser encarada como uma área do exercício profissional dos enfermeiros dependente da Teoria da Enfermagem. Produzir ciência em enfermagem pressupõe uma conceção em que a investigação e a teoria alimentam-se e fortalecem mutuamente os resultados da investigação produzindo assim ciência em enfermagem (Tomey & Alligood, 2002). A investigação deve ter sempre por base o pensamento e a ação para a prática de enfermagem proporcionados pelas Teorias de Enfermagem, de forma a

produzir conhecimento e aprofundar a natureza específica e altamente sensível para a prática, para prestar melhores cuidados de enfermagem.

Portanto investigação em enfermagem nutre-se e nutre os cuidados e a profissão numa simbiose por vezes difícil de reconhecer o seu precursor.

Competências a desenvolver

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização.

Objetivo

Suportar a tomada de decisão na prática baseada na evidência.

Atividades

- Identificar lacunas de conhecimento através de uma atitude autorreflexiva;
- Realizar pesquisa bibliográfica utilizando as bases de dados mais credíveis;
- Considerar a tríade da prática baseada na evidência (PBE);
- Tomar decisões sempre com base em evidência científica.

Reflexão Crítica

A investigação em enfermagem é o estudo sistemático e rigoroso da prática da enfermagem que obedece a processos metodológicos bem definidos com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. A investigação em Enfermagem desenvolve-se em redor dos seus conceitos centrais, a saber, pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem. Estes conceitos centrais servem como base teórica para o desenvolvimento da prática de enfermagem e para a compreensão do fenómeno da saúde e da doença. Eles

proporcionam uma linguagem comum e uma compreensão compartilhada dos conceitos fundamentais da enfermagem, permitindo a comunicação eficaz dentro da disciplina. O conhecimento dos conceitos centrais da enfermagem é fundamental à PBE.

A tomada de decisão de enfermagem deve basear-se no questionamento constante acerca dos cuidados prestados, fomentando uma atitude de procura contínua de soluções. Este desígnio permitirá a tomada de decisão baseada na evidência. São no entanto descritas algumas barreiras que dificultam a utilização da PBE, Moreno-Monsivais (2019) refere que a carga de trabalho, a falta de tempo para a leitura, as deficiências de conhecimento e habilidade para pesquisar a literatura, analisar e sintetizar evidências científicas para transferi-las para a prática clínica constituem algumas dessas barreiras. Outro fator apontado pela mesma autora prende-se com o facto de as instituições de saúde disporem também de recursos limitados que facilitem o acesso a bases de dados.

A PBE é a tomada de decisão consciente que é baseada não somente em evidência, mas também nas características e preferências do utente. Da tríade da PBE fazem parte as seguintes componentes, a melhor evidência científica disponível, as características e preferências dos utentes e a expertise do profissional, no contexto dos recursos disponíveis. Essas componentes são indissociáveis e imprescindíveis para o profissional de saúde concretizar aquilo que é considerada a prática baseada em evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2006). No que respeita à melhor evidência científica devem ser considerados todos os estudos de alta qualidade, por exemplo, baixo risco de viés e uma boa descrição da intervenção executada no estudo. As preferências do utente pressupõem que se assumam a sua individualidade, respeitando as crenças, opiniões e princípios do mesmo. A expertise do profissional reúne as suas experiências e competências acumuladas para a execução de determinada intervenção. O processo de tomada de decisão baseada na evidência deve, portanto, culminar numa decisão compartilhada entre os intervenientes, nomeadamente o utente e o enfermeiro. Nenhum destes componentes é mais importante do que outro e acredito que é o equilíbrio entre estes três pilares da PBE que constroem a qualidade nos cuidados de enfermagem.

Durante o estágio, em todos os contextos, procurei na evidência científica as repostas às inquietações que me surgiam, utilizei bases de dados credíveis o que me permitiu prestar cuidados baseados na evidência e cuidados mais seguros visto que a PBE diminui também a probabilidade de erro, tendo em conta a sua fundamentação em evidência científica

confiável. Considero também que os meus cuidados baseados na evidência científica foram capazes de gerar resultados adequados às necessidades de saúde identificadas. A realização de pesquisas no contexto de investigação permite aos enfermeiros basearem a sua prática em evidências consistentes que confirmam a adequação clínica, a eficácia em termos de custos e a capacidade de gerar resultados positivos para os utentes (Polit & Beck , 2011). Para além das inequívocas vantagens da utilização da PBE na profissão de enfermagem, a sua utilização estimula os profissionais a procurarem formação contínua, pois têm a noção da constante evolução da ciência. Por último, mas não menos importante a PBE contribui para a valorização profissional. A PBE possível através da investigação, permite o desenvolvimento e expansão da profissão, permite a tomada de decisão na mais recente evidência, acrescenta saber ao corpo de conhecimentos da disciplina de Enfermagem e contribui também para a visibilidade social da Profissão (Martins, 2008).

Objetivo

Agrupar o conhecimento atual sobre os tipos de parentalidade e o seu impacto na inteligência emocional nas crianças/adolescentes

Atividade

- Realizar uma Revisão Integrativa da Literatura.

Reflexão Crítica

No contexto da unidade curricular Estágio Final e Relatório, mais especificamente, no Estágio na UCC, e de forma a dar resposta ao Projeto “Saber quem sou, sentir, pensar e agir”, que decorria nas escolas, concretizei uma AES que pretendia abordar a capacidade das crianças identificarem e gerirem as suas emoções. Durante todo o trabalho de pesquisa que fiz para o planeamento da AES, deparei-me com a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a inteligência emocional a parentalidade e as suas interligações. Assumindo que as competências emocionais são largamente influenciadas pelo ambiente familiar, o tipo de parentalidade praticada pelos pais será preponderante no desenvolvimento das competências associadas à inteligência emocional. O enfermeiro, por sua vez, tem a posição privilegiada de poder acompanhar as famílias em variados ambientes (Reticena , et al., 2019) e este posicionamento próximo das famílias potencia o seu papel interventivo no desenvolvimento do papel parental.

Nas consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil pude experienciar este papel interventivo do enfermeiro relativamente ao tipo de parentalidade exercida pelos pais. Situações práticas do dia-dia surgem em contexto de consulta e os pais procuram nos enfermeiros a orientação para os seus comportamentos enquanto pais na gestão de conflitos com os seus filhos ou apenas a validação do seu tipo de parentalidade. No entanto, considero este tema muito sensível de abordar com as famílias visto que o tipo de parentalidade exercida obedece a várias dimensões das famílias e dos seus contextos, por vezes difíceis de identificar e gerir. No sentido do incremento do conhecimento, e que desta forma o mesmo possa orientar o meu processo de tomada de decisão e as melhores intervenções na assistência de enfermagem decidi realizar uma Revisão Integrativa da Literatura acerca da influência do estilo parental na inteligência emocional da criança/adolescente que pode ser consultado no Apêndice IV.

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que pretende, tal como o seu nome sugere, sintetizar todos os estudos relevantes na literatura sobre uma determinada temática, produzindo uma visão abrangente do tema pesquisado. Uma das vantagens desta revisão é que a sua abordagem metodológica permite incluir vários métodos de pesquisa o que desempenha um papel significativo na PBE em Enfermagem. Esta revisão torna-se útil na identificação de lacunas de conhecimento e estabelece relações entre diferentes estudos fornecendo uma base sólida para futuros estudos. É apontada como um instrumento excepcional na investigação em saúde pois “sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico” (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

A revisão integrativa que empreendi faz cumprir o segundo de quatro eixos prioritários de investigação enunciados pela Ordem dos Enfermeiros denominado de “*Educação para a Saúde na aprendizagem de capacidades*” (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

As conclusões da Revisão Integrativa permitiram-me concluir que a evidência científica atual confirma que o estilo parental democrático influencia de forma positiva a inteligência emocional, e que os estilos parentais associados a comportamentos parentais mais autoritários não produzem este efeito benéfico no desenvolvimento da inteligência emocional da criança. Para além da associação direta dos estilos parentais na inteligência emocional, importa salientar que em muitas áreas importantes para o desenvolvimento infantil, nomeadamente as competências sociais e sucesso escolar a inteligência emocional

assume um papel mediador indiscutível. Estas conclusões irão sustentar a minha tomada de decisão na promoção do papel parental democrático. Ao capacitar os pais para o papel parental e ao promover a inteligência emocional na criança, irei promover a saúde não só da criança, mas de toda a sua família e sociedade.

4.4.DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

A melhoria da qualidade dos cuidados prestado aos utentes, determina que o enfermeiro assuma uma conduta de desenvolvimento contínuo que garanta a qualidade de cuidado, assumindo-se como um dever profissional.

O Código Deontológico do Enfermeiro, na alínea e) do artigo 100º declara que assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional é um dever deontológico, e reforça este dever quando na alínea c) do artigo 109º, *“Da excelência do exercício”*, enuncia que o enfermeiro deve *“Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2005). A exigência da atualização contínua dos conhecimentos decorre do direito do utente a cuidados de qualidade baseados nos saberes mais recentes do domínio da enfermagem. Esta é uma das responsabilidades que a profissão assumiu perante os cidadãos.

Competências a desenvolver

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;
- Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada
- Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Promover formação em serviço na área da especialização.

Objetivo

Diagnosticar necessidades formativas ao longo do percurso, assumindo um papel proativo nos processos de aprendizagem pessoal.

Atividades

- Identificar necessidades formativas pessoais
- Realizar formação pessoal que preencha as necessidades identificadas na área da especialidade.

Reflexão Crítica

O código deontológico do enfermeiro determina, no seu artigo 109º, que o enfermeiro deve analisar regulamente o trabalho efetuado, adotando uma atitude reflexiva relativamente à prática profissional, identificando dificuldades ou constrangimentos, no sentido de providenciar eventuais mudanças através de formação que levará ao desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Também o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais concretiza na alínea c) do nº1 do artigo 7, a necessidade do desenvolvimento de processos de formação contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Nestes dois documentos, tão basilares da Profissão da Enfermagem, é reforçada a necessidade de desenvolvimento de competências dos enfermeiros, através de uma contínua inquietação que irá promover o exercício crítico e reflexivo da prática, procurando na teoria as respostas, enriquecendo a prestação e gestão de cuidados, qualidade e investigação.

O desenvolvimento de competências é fortemente suportado pela formação contínua do Enfermeiro, através de objetivos formativos planeados e estruturados que visam aperfeiçoar as habilidades, conhecimentos e atitudes dos enfermeiros. Como consequência dos processos formativos espera-se uma melhoria do desempenho dos Enfermeiros promovendo a qualidade dos cuidados prestados aos utentes (Eslamian , Moeini, & Soleimani, 2015).

A busca da formação contínua dos profissionais de enfermagem é influenciada por uma variedade de fatores intrínsecos e extrínsecos. A procura de formação é influenciada pelas necessidades de aprendizagem individualmente percecionadas, através da análise e reflexão crítica dos processos de trabalho e formação. Neste sentido, as características individuais

podem ser preponderantes para a procura de novos conhecimentos que vêm dar sentido às dificuldades na prática, conferindo ao profissional maior capacidade e disposição para raciocinar e resolver problemas (Silva A. P., 2006). Apesar de considerar que estas características individuais constituem um impulso interno preponderante na formação contínua, reconheço que, sendo as equipas de enfermagem também um local de interação social, as características individuais de alguns profissionais podem de alguma forma promover o interesse da procura de formação de toda a equipa.

O ímpeto pessoal na procura de novos conhecimentos é preponderante, no entanto, isoladamente, ou seja, apenas como ponto de partida do profissional, não conseguirá obter todos os proveitos previstos. Surge aqui a responsabilidade dos gestores e supervisores das equipas de enfermagem na promoção da procura de conhecimentos que promova a qualidade de cuidados. A necessidade de procura de conhecimento deve cumprir um objetivo comum entre os enfermeiros e a instituição (Ferreira, 2015). Um ambiente profissional em que haja uma política de promoção de formação, através de formação interna ou através do incentivo dos enfermeiros procurarem formação externa ao contexto de trabalho, fornecendo condições para que a formação se possa coadunar com a vida profissional do enfermeiro é preponderante.

Como Enfermeira, não posso deixar de refletir nas dificuldades e nas concessões que a classe profissional tem de fazer na procura de formação contínua, seja em processos de formação temporalmente mais curtos ou extensos e academicamente mais simples ou complexos. Conciliar os estudos pós-licenciatura com a atividade profissional é por vezes muito desafiante exigindo equilíbrio na gestão de tempo de estudo, trabalho e descanso. Ao mesmo tempo que a rotatividade horária do trabalho do enfermeiro facilita a possibilidade dos enfermeiros estarem presentes nos horários de formação previstos, esse mesmo trabalho por turnos, com especial destaque os turnos noturnos, ocasionam algum desgaste, visto que para poder dar resposta à necessidades formativas os tempos de descanso não são respeitados. Ser enfermeiro é uma profissão de grande responsabilidade que quando concretizada em condições mais desafiantes por longos períodos de tempo pode implicar no incremento de riscos para todos os envolvidos na prestação de cuidados. Por estes motivos atrevo-me a escrever que uma mudança de paradigma no desenvolvimento profissional da enfermagem é necessária, na procura da otimização não só da aprendizagem, mas também na articulação dos processos formativos com a vida profissional dos enfermeiros.

Embora a formação dos enfermeiros seja imprescindível para a qualidade dos cuidados, é necessária que a gestão dessas formações no seio da equipa da Enfermagem seja otimizada. Numa equipa de Enfermagem, poderão haver alguns enfermeiros que pelas suas características procuram mais formações do que outros. A integração desses novos conhecimentos na equipa deve incluir todos os intervenientes do processo de cuidados, sob pena de alguns enfermeiros se sentirem excluídos nos processos de decisão e se sentirem meros executadores de ações de enfermagem. É a equipa de enfermagem, como uma unidade, que deverá apontar dificuldades e estratégias para a aplicabilidade dos novos conhecimentos nos cuidados (Ferreira, 2015).

A Ordem dos Enfermeiros refere que Enfermeiro deve responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2019), e foi neste sentido que na unidade curricular “A saúde da criança e da família – vigilância e decisão clínica” identifiquei as necessidades formativas da equipa de enfermagem o que me permitiu a consecução de uma sessão de formação para o grupo de pares. O tema escolhido enquadrou-se num momento de aparecimento súbito e inesperado da varíola dos macacos simultaneamente em vários países não endêmicos. Tendo em consideração que a OMS avaliava naquele momento o risco a nível global como moderado, e o facto de termos internada uma adolescente definida como caso provável de *Monkeypox* (de acordo com as definições de caso da DGS), esta temática apresentou-se como pertinente e abordou conteúdos como a fisiopatologia da doença, vias transmissão e diagnóstico laboratorial e cuidados de enfermagem.

A inquietação tem sido uma característica que me tem acompanhado enquanto Enfermeira. No decorrer deste percurso formativo do Curso de Mestrado, foram várias as formações que fiz. Algumas delas decorreram de uma necessidade de procura de novos conhecimentos para dar resposta às necessidades que sentia na prática clínica, nomeadamente o Curso de Assessoria de Lactação. Outras decorreram de inquietações que emergiram do próprio Curso de Mestrado, tais como, o Curso de Massagem Infantil, um Curso de Prática Baseada na Evidência e o Curso Intensivo em Touchpoints no qual estou inscrita. Particularizando o que me impulsionou a frequentar o curso intensivo de Touchpoints, declaro que o interesse nasceu da descoberta deste modelo na componente teórica do Curso de Mestrado e cimentou-se na realização do estágio. Apoiar a família respeitando as suas forças individuais, as diferenças, promovendo compreensão do desenvolvimento infantil numa perspetiva em

que a mesma perceção dos desafios como oportunidades é um trabalho que exige formação e dedicação, que na minha perspetiva é indispensável a todos aqueles que trabalham com, crianças e famílias, seja em contextos de cuidados de saúde primários, seja em contextos de doença aguda ou crónica e até em contexto pré-natal.

Todas estas formações contribuem para um olhar a criança e a família através de uma visão mais abrangente, mas ao mesmo tempo mais acurada das necessidades e dificuldades, dotando-me de ferramentas, para que possa capacitar as crianças e famílias nos processos de saúde e doença. Esta noção de capacitação enquanto Enfermeira pretende-se que seja quase temporária, visto que o conhecimento em enfermagem tem um carácter evolutivo. Esta visão temporal é destacada por Ferreira (2015) quando cita Bezerra (2003, p.23) afirmando que *“a organização ou pessoa pode-se considerar atualizada, apenas momentaneamente”* (Ferreira, 2015).

5. CONCLUSÃO

O presente documento ambicionou materializar o percurso desenvolvido ao longo da unidade curricular Estágio Final e Relatório na aquisição e aprofundamento de conhecimentos e competências em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica, sendo que este percurso foi ladeado pelo corpo de conhecimentos adquiridos na componente teórica do Curso de Mestrado, num exercício de incorporação destes conhecimentos às novas competências que se produziam.

A competências previamente adquiridas, tanto em contexto profissional como académico foram preponderantes no desenrolar do estágio. Destaco a componente teórica do curso de mestrado, que proporcionou uma base sólida para a construção de novas competências, facilitando os processos de reflexão crítica e procura de soluções nos desafios que surgiam. Também essas competências previamente adquiridas adquiriram uma nova expressão fruto da integração das experiências vividas nos contextos de estágio.

O processo de desenvolvimento de competências foi desenvolvido em contextos de estágio distintos o que me permitiu uma maior apropriação das diferentes experiências assistenciais à criança e família e por conseguinte, maior número de oportunidades no contexto clínico. Esta pluralidade de experiências foi preponderante no meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades, guiando a minha evolução enquanto enfermeira de cuidados gerais para enfermeira com competências especializadas no cuidado à criança e família. Se os contextos são locais de excelência para o desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados tão específicos da área de especialização, eles, são também, locais de excelência para aquisição de competências igualmente imprescindíveis na assistência de enfermagem, nomeadamente no âmbito da gestão, da investigação e formação.

Para a aquisição das competências esperadas para o curso, elencadas na introdução, elaborei um conjunto de objetivos que foram desenvolvidos através de atividades. Todas estas atividades desenvolvidas nos contextos de estágio foram sujeitas a uma reflexão crítico-

reflexiva baseada na evidência científica suportando assim todas as minhas decisões numa estreita relação com os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros.

A conceção deste relatório e a execução de todas as atividades nele descritas reforça-me a certeza de que o processo de aprendizagem na profissão de enfermagem dá-se num modelo evolutivo no que respeita às competências do ser e fazer enfermagem. Do mesmo modo que a criança e família têm uma história única que influenciam as suas interações ao longo do seu ciclo vital, também a construção de um profissional de enfermagem é influenciado por características pessoais e experiências pessoais e profissionais que irão marcar o seu percurso profissional. A corroborar esta certeza, Benner (1982) que transportou para a enfermagem o Modelo de Dreyfus onde a aquisição de competências se desenvolve ao longo de cinco estádios, afirma que o desenvolvimento do desempenho qualificado tem por base a experiência e a educação, servindo assim como estrutura para o desenvolvimento de competências e progressão na carreira de enfermagem. Findo este processo, sou hoje uma enfermeira diferente da enfermeira que se propôs a encetar este caminho. Sinto-me renovada na compreensão do meu papel enquanto enfermeira como talvez nunca me senti. Todas as experiências profissionais até aqui vividas permitiram-me a maturidade necessária para a aquisição de competências e compreensão da profissão de enfermagem de forma mais vívida. Assumindo o modelo acima referido, considero que neste momento me encontro no quarto estadio denominado de proficiente. Concebo os cuidados de enfermagem como um todo, tendo adquirido a capacidade de compreensão e resolução de problemas que se apresentam como novos na área da especialização. Mobilizo experiências anteriores, e incorporo na prática os conhecimentos teóricos que fundamentam o pensamento em enfermagem, aprofundando, priorizando e antecipando de forma fluída as necessidades da criança e família.

Ao terminar este processo formativo tão estruturante na profissão da enfermagem, reconheço a aquisição de um conjunto de competências na prestação de cuidados de enfermagem na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica que irão marcar a minha vida profissional. No entanto, estas novas competências, trazem com elas uma responsabilidade extraordinária para com a profissão e os utentes que sirvo no sentido de proporcionar cuidados de excelência que irão certamente ser nutridos pela procura inquietante de conhecimento que me caracteriza. Esta noção de responsabilidade acrescida é uma consequência natural do crescimento que este curso de mestrado determina. Este percurso

conduz a implicações para a prática, fazendo cumprir o princípio da teoria que deverá ser aplicada na prática e vice-versa, cumprindo a espiral hermenêutica do conhecimento em enfermagem. Consciencializo-me, enquanto escrevo estas linhas, das implicações que este percurso académico já produziu na minha prática profissional diária. Destaco três deles, por me parecerem que foram essenciais. A execução de uma Revisão Integrativa da Literatura na unidade curricular de Métodos de Investigação com o tema “O primeiro banho do Recém-nascido” concretizado por mim e mais dois colegas de curso, justificou a mudança de práticas relativamente a este assunto no meu contexto profissional, o que inequivocamente trouxe vantagens para os recém-nascidos e famílias gerando maior qualidade nos cuidados. A prestação de cuidados centrados na família foi também estruturante e proporcionou-me uma clara visão da importância da abordagem da criança como parte de uma unidade familiar que deve ser sempre considerada a fim de se obter os ganhos em saúde pretendidos. Por fim, a indispensabilidade da prestação de cuidados baseados numa atitude crítico-reflexiva, sustentados na evidência científica, bem como, a pretensão de participar de forma ativa na produção de conhecimento para a prática enfermagem.

Termino este trajeto com a certeza de que este momento configura o início de uma vida profissional repleta de caminhos a explorar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2015). Recomendações técnicas para serviços de urgências. . Obtido de https://www.acss.min-saude.pt//wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A., & Casanova, C. (2008). Triage de Manchester na idade pediátrica – Estudo Inter-hospitalar. *Revista Nascer e Crescer*, 17(1). Obtido de https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1134/1/TriageDeManchester_NeC_17-1_WEB.pdf
- Benner, P. (1982). From Novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407. Obtido de <https://www.jstor.org/stable/3462928?seq=1>
- Brazelton, T. B. (1995). *O grande livro da criança* (Vol. 7ª Edição). Editorial Presença.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062. doi:doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x
- Cruz, C., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagnóstico e Tratamento*, 21(3), 106-108. Obtido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2010). Orientação n: 014/2010. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Obtido de https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Direção Geral da Saúde. (31 de maio de 2013). Norma n. 010/2013, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

- Direção Geral da Saúde. (09 de setembro de 2018). Orientação n: 002/2018, Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Eslamian , J., Moeini, M., & Soleimani, M. (2015). Challenges in nursing continuing education: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(378-396).
- Ferreira, R. G. (2015). A educação permanente na formação contínua dos profissionais de Enfermagem. *Sustinere*, 3, 128-142.
- Freitas, A., Moreira , A., Tome, S., & Cardoso , R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *NASCER E CRESCER* , XXV.
- Heath, H. (2006). Parenting: A relationship oriented and competencybased process. *Child Welfare Keague of America*, 85(5), 749-766. Obtido de https://www.jstor.org/stable/45398781#metadata_info_tab_contents
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. Obtido de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Lambert, V., Long, T., & Kelleher, D. (2012). *Communications Skills for Children's Nurses*. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12, 62-66.
- McClure, V. (2017). *Infant Massage - A handbook for loving parents* (4ª ed.). Nova Iorque: Bantan Books.
- Meleis, A. (2009). *Transitions Theory - Middle-Range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publisher Company. Obtido de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, H., & Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. doi:DOI 10.1097/00012272-200009000-00006
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: LIDEL.
- Ministério da Saúde. (2008). Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. *Decreto-Lei n.º 28/2008*. Diário da Republica n 38/2008serie I de 2008-02-22. Obtido de https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675?_ts=1672704000034
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho nº10143/2009. Diário da República 2.a série nº 74, 16 de Abril de 2009. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. Diário da República: II série, nº 153. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ministério da Saúde. (2015). *Decreto-Lei n.º 239/2015, de 14 de outubro*. Obtido em Fevereiro de 2023, de <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Ministério da Saúde. (13 de janeiro de 2023). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10028/1031755/Pages/default.aspx>
- Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Em *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel.
- Montirosso, R., Tronick, E., & Borgatti, R. (2017). Promoting Neuroprotective Care in Neonatal Intensive Care Units and Preterm Infant Development: Insights From the Neonatal Adequate Care for Quality of Life Study. *Child Development Perspectives*, 11(1), 9–15. Obtido de <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdep.12208>
- Moreno-Monsivais, M. (2019). Practice-Based on Scientific Evidence as Foundation of Clinical Practice. *Aquichan*, 19(3). doi:DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.3.1>

- Mororo, D., Enfers, B., Lira, A., Silva, C., & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Ata Paulista de Enfermagem*, 30, 323-32.
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., . . . Amorim, R. (2018). Desenhos da minha dor. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Obtido de https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (4 de Set. de 1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em Janeiro de 2023, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- 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: II Série, n.º 133/2018. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento n.º140/2019*. Diário da República: II Série, n.º 26/2019. doi:<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Organização Mundial de Saude. (2021). Health Promotion Glossary of Terms 2021. Obtido em Fevereiro de 2023, de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- Organização Mundial da Saúde. (14 de Novembro de 2022). *Preterm birth*. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Papalia, D., Feldman, R. D., & Olds, S. W. (2001). *O Mundo da Criança* (Vol. 8ª Edição). MC Graw Hill.
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queiros, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18.
- Pedro, J. G. (2005). *Para um sentido de coerência da criança*. Publicações Europa América.
- Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121-131. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Reticena, K., Yabuchi, V., Gomes, M., Siqueira, L., Abreu, F., & Fracolli, L. (2019). Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27.
- Rodrigues, S. (2012). Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço de urgência pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*, III.
- Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7. Obtido de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19698/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202008%20-%20V.%20Tematico%20n7a02%20-%20p.29-56.pdf>

- Santos, A., Rodrigues, L., Santos, M., Sousa, G., Viana, M., & Chaves, E. (2019). Papel materno durante a hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto e Contexto Enfermagem*, 8. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0394>
- Silva, A. P. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Silva, B. C., Delgado, M. F., Nascimento, R. C., Lira, A. L., Feijão, A. R., & Enders, B. C. (2022). Analysis of the “Diagnostic Reasoning” Concept in Nursing. *Aquichan.*, 22(2). doi:<https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.2.2>
- Silva, M. (2017). Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável - Melhoria da Qualidade. Dissertação - Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *einstein*, 8, 102-106.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). Introdução à Teoria de Enfermagem: História Terminologia e Análise. Em A. Tomey, & M. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. Lusociência.
- Westrupa, B., Stjernqvist, K., Kleberga, A., Hellstrom-Westas, L., & Lagercrantz, H. (2002). Neonatal individualized care in practice: a Swedish experience. *Semin Neonatol*, 7, 447–457. doi:10.1053/siny.2002.0150

APÊNDICES

Apêndice I – Ação de Educação para a Saúde “Reconhecimento e Gestão das Emoções”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Ação de Educação para a Saúde “Reconhecimento e Gestão das Emoções”

Por

Sara Alexandra Baptista Ribeiro

Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, novembro de 2022

ÍNDICE

<u>1. INTRODUÇÃO</u>	92
<u>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	93
<u>3. OBJETIVOS</u>	97
3.1. <u>Objetivos gerais</u>	97
3.2. <u>Objetivos específicos</u>	97
<u>4. MÉTODO PEDAGÓGICO</u>	97
<u>5. PROGRAMAÇÃO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</u>	98
5.1. <u>PLANO DE SESSÃO</u>	100
<u>6. CONCLUSÃO</u>	103
<u>7. BIBLIOGRAFIA</u>	104
<u>APÊNDICES</u>	105
<u>APÊNDICE I – Roda das emoções</u>	106

1. INTRODUÇÃO

A carta de Ottawa resultante da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da saúde no ano de 1986, reúne o primeiro conjunto de orientações para dar resposta à crescente preocupação com a Saúde Pública. Neste documento a promoção da Saúde corresponde a um:

“processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar” (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986 p1).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a promoção da saúde como um processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo e melhorar a sua saúde (OMS, 2021). A promoção da saúde concretiza-se em várias vertentes nomeadamente a social e política e engloba ações direcionadas ao fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, pretendendo também transformar determinantes sociais, ambientais e económicos de saúde otimizando o seu impacto positivo na saúde pública e pessoal.

Os profissionais de saúde são, portanto, pela sua posição estratégica, os profissionais indispensáveis para promoção da saúde. Os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros vêm esclarecer a natureza os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem, fixando neste, seis categorias de enunciados descritivos de qualidade, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem. A promoção da saúde neste documento encerra a procura permanente da

excelência no exercício profissional, em que o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) faz cumprir a intencionalidade de promover a saúde e tem como visão que *“Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar”* e ambiciona *“contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens.”* (Direção Geral da Saúde, 2015 p.4). De entre 6 eixos estratégicos e áreas de intervenção do PNSE, esta sessão de educação para a saúde faz cumprir o disposto no Eixo 1 que pretende desenvolver áreas de intervenção como saúde mental, competências socioemocionais e educação para afetos entre outros.

Após o acima exposto e no âmbito da unidade curricular, Estágio Final e Relatório, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica será desenvolvida uma ação para a promoção da saúde integrada nas atividades de uma Unidade de Cuidados na Comunidade em Jardins de Infância de Institutos Particulares de Solidariedade Social com crianças em idade pré-escolar. O tema selecionado pretende fazer cumprir o projeto *“Ser quem sou, sentir, pensar e agir”* que pretende trabalhar ao longo de 9 sessões junto das crianças a consciência de si e das suas emoções promovendo a integração de estratégias de mindfulness e exercícios respiratórios.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O primeiro eixo do Programa Nacional de Saúde Escolar, pretende capacitar a comunidade com informação, mas sobretudo com a competência para avaliar, analisar e tomar decisões sobre a sua saúde (Direção Geral da Saúde, 2015).

O ciclo de vida escolar, entre os 3 e os 18 anos corresponde, a uma janela de oportunidades que permite configurar hábitos de saúde física e mental que irão ter impacto significativo na vida adulta (Direção Geral da Saúde, 2015). Capacitar as crianças e jovens para a tomada de decisão acomoda vantagens para o indivíduo singular, mas também para a comunidade em que se insere. A promoção da saúde na comunidade escolar passa portanto, pelo incremento da literacia para a saúde.

Com o intuito de priorizar áreas com maior necessidade de intervenção é necessário conhecer as causas de morte ou doença e os fatores de risco a elas associados, para reduzir a exposição de crianças e jovens a riscos evitáveis.

“As perturbações mentais têm a um peso significativo nos grupos etários dos 5-14 e 15-19 anos. A OMS estima que cerca de 20% de crianças e adolescentes apresentem, pelo menos, uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade. Segundo a OMS Europa e a Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica” (Direção Geral da Saúde, 2015 p.13).

O parágrafo anterior justifica de forma clara a importância da abordagem do reconhecimento e gestão das emoções em idade pré-escolar como uma ferramenta preciosa para prevenir várias doenças de foro mental.

Segundo Daniel Goleman (1995), as *“lições emocionais que aprendemos na infância, seja em casa ou na escola, modelam os circuitos emocionais, tornando-nos mais aptos ou inaptos nos fundamentos da inteligência emocional”* (p.28). A infância e adolescência constitui segundo o mesmo autor uma oportunidade ótima que irá determinar hábitos emocionais básicos que permanecerão ao longo da vida.

O reconhecimento mental precoce das emoções vivenciadas e a procura deliberada de estratégias de regulação destas emoções são habilidades sociais, emocionais e cognitivas que irão propiciar maior sucesso escolar, profissional, relações familiares mais positivas e redução nos comportamentos desviantes (CASEL, 2019). No entanto, apesar da consciência geral que a geração infantil nos dias de hoje está mais propensa a perturbações emocionais que as gerações anteriores, o trabalho desenvolvido nesta perspetiva fica aquém do necessário. Várias preocupações na comunidade científica emergem quando falamos de escassa consciência das emoções, e por conseguinte inteligência emocional comprometida, nomeadamente: dificuldades ao nível da aprendizagem, maior propensão para a preocupação, instabilidade psicomotora, alterações do comportamento, impulsividade, indisciplina, rebeldia e violência auto ou heterodirigida (Direção Geral da Saúde, 2015; Goleman, 1995). Pelo contrário os jovens que têm habilidades sociais, emocionais e

cognitivas mais fortes são mais propensos a ingressar e formar-se na faculdade; ter sucesso nas suas carreiras; ter relações profissionais e familiares positivas, melhor saúde mental e física e redução do comportamento criminoso (CASEL, 2019).

A saúde mental apresenta-se assim, como sendo uma problemática que obriga a uma abordagem multidisciplinar e complexa. A sensibilização para a importância da inteligência emocional e a promoção da aprendizagem destas competências em meio escolar, contribuirá inequivocamente para um futuro emocionalmente mais promissor, sendo esta uma das soluções apontadas pela comunidade científica. Esta abordagem deve, contudo, ser uma prática rotineira promovendo aptidões humanas essenciais como autoconsciência, autocontrolo e empatia (Goleman, 1995).

Os Projetos de Promoção de Competências Socioemocionais (Social and Emotional Learning - SEL) são programas que aperfeiçoam a aprendizagem da criança evitando problemas como a violência e integram as aprendizagens num contexto relacional de apoio. Estes projetos afirmam que a aquisição de competências escolares e competências socio emocionais são interdependentes e indissociáveis. Ambas devem caminhar de mãos dadas num ambiente que seja promotor da aprendizagem de ambas (Direção Geral da Saúde, 2015). A sustentar esta ideia Papalia et al. (2001) afirmam que o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial estão interligados e influenciam-se positiva ou negativamente. Esta ideia de mudança contínua e dependente complexifica o desenvolvimento da criança, obrigando a uma abordagem multidisciplinar e continuada. Assim, torna-se simples compreender que o sucesso da criança, a nível escolar e pessoal vai ser grandemente influenciado pelas competências sociais e emocionais que podem impulsionar ou perturbar as restantes dimensões do desenvolvimento.

Os enfermeiros, como profissionais de saúde, devem assegurar condições de saúde física e mental potenciando a aquisição de competências socioemocionais, desenvolvendo conceitos de *“autoconhecimento, autogestão, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável”* (PNSE, 2015). Um ambiente escolar favorável para a gestão das emoções reverter-se-á em indicadores sociais e de saúde positivos.

O significado da palavra emoção tem sido discutida por vários estudiosos. Assumindo as palavras de Goleman (1995)

“emoção refere-se a um sentimento e seus pensamentos distintos, estados psicológicos e biológicos, e a uma gama de tendências para agir. Há centenas de emoções, juntamente com suas combinações, variações, mutações e matizes. Na verdade, existem mais sutilezas de emoções do que as palavras que temos para defini-las” (p.340).

Várias são as emoções que podem ser sentidas, desde ira, tristeza, medo, amor, surpresa e vergonha. Todas elas implicam várias alterações fisiológicas associadas e nenhuma delas é estanque podendo combinar-se em verdadeiros estados emocionais complexos. Segundo Goleman (1995) e baseando-se nos estudos de Paul Ekman quatro emoções parecem ser básicas como o medo, a ira, a tristeza e a alegria por serem reconhecidas em povos de todo o mundo, inclusive povos pré-letrados, sugerindo assim a sua universalidade. Nesta sessão irão ser abordadas mais detalhadamente a emoção alegria e ira/raiva.

Durante um episódio de ira/raiva vários são os elementos que podem influenciar a progressão do estado emocional, desde a causa que levou ao estado emocional, as ferramentas emocionais que a pessoa tem, e claro a idade da criança tendo em consideração o estadio desenvolvimental. As estratégias para lidar com as emoções são apenas isso, algumas estratégias que podem ser utilizadas em algumas crianças, mas que não garantem sucesso com todas elas, no entanto a literatura aponta algumas intervenções como sendo mais ou menos eficazes para lidar com esta emoção.

Goleman (1995) sugere dois modos de intervenção na gestão da raiva, fruto de estudos do Psicólogo Dolf Zillmann no ano de 1993. O primeiro passa por *“avaliar e contestar as ideias que disparam o surto, uma vez que é a avaliação original de uma interação que confirma e encoraja a primeira explosão de raiva, e são as avaliações posteriores que atacam as chamas”* (Goleman, 1995 p.94). Esta desconstrução de ideias permite a reavaliação dos fatos que causaram a raiva, no entanto, existe um momento exato para deter essa escalada. Zillman constata que esta estratégia funciona bem em níveis moderados de raiva o que não acontece em níveis altos. O segundo modo passa por desescalar a ira através de estratégias de *“arrefecimento”* psicológico, como fazer uma caminhada, exercício físico ou retirar-se do local onde se encontra indo para um local que não alimente a ira permitindo assim que o surto adrenal passe. No período de *“arrefecimento”* mental pode ser usada o método de distração que é considerado como uma poderosa ferramenta para moderar o estado

emocional. Exercícios de relaxamento através da inspiração profunda e relaxamento muscular parecem ser também muito eficazes visto que se traduz numa alteração fisiológica do padrão adrenal (Goleman, 1995). Estas estratégias aliadas à empatia irão nortear a sessão de educação para a saúde.

3. OBJETIVOS

- Objetivos gerais
 - Promover a saúde mental das crianças em idade pré-escolar;
 - Desenvolver competências emocionais das crianças em idade pré-escolar;
- Objetivos específicos

Que as crianças sejam capazes de:

- Entender as causas que propiciam as emoções;
- Reconhecer e nomear as suas emoções;
- Identificar ferramentas de regulação dos estados emocionais;
- Ser empáticos com as emoções dos outros;
- Diferenciar emoções e atos.

4. MÉTODO PEDAGÓGICO

A leitura desempenha um papel muito importante no desenvolvimento da criança, Ramos & Silva (2014), afirmam que a leitura possibilita “*formas de organização do mundo e da realidade, colaborando na construção da sua personalidade*”. Esta ferramenta permite materializar conceitos abstratos através de exemplos facilitando a sua compreensão.

A leitura do conto é a técnica a ser utilizada para a abordagem do tema e irá obedecer a três momentos distintos, a pré-leitura, que consiste na apresentação do conto e criação de expectativas relativas ao mesmo, a leitura, narração do conto, e a pós-leitura onde se irá incluir a releitura de alguns momentos do conto e será pedido ao grupo comentários ou intervenção dos mesmos, com o intuito de reforçar a compreensão e a construção de opiniões

personais sobre o conteúdo do conto. Esta metodologia permite otimizar a leitura como estratégia de aprendizagem (Ramos & Silva, 2014). Durante a leitura irá ser usado um fantoche com emoções diferentes para facilitar a compreensão das emoções e linguagem corporal associada. Para os mesmos autores uma das funções dos livros para as crianças é desenvolver competências sociais, e por este motivo parece-me que esta torna-se a ferramenta mais adequada para atingir o fim a que me proponho.

Como forma de facilitar a percepção visual das emoções por parte das crianças irá ser facultada uma roleta de emoções (Apêndice I), com pictogramas, às Educadoras de Infância que poderá ser usada em contexto de aula no auxílio do reconhecimento e gestão de emoções das crianças e posteriormente facilitado aos familiares. Nesta roleta estão presentes várias emoções que as crianças deverão identificar, e associadas a elas, as estratégias que podem ser usadas para a gestão dessas emoções. É importante ressaltar que estas estratégias têm obviamente de ser ajustadas a cada criança. Apesar dos profissionais de educação e os cuidadores não serem a população alvo desta ação de educação para a saúde, e tendo clara noção de que, idealmente, a abordagem à inteligência emocional deveria ser coordenada com uma intencionalidade familiar de lidar mais efetivamente com a vida emocional de seus filhos, bem como uma intervenção também nos profissionais de saúde, o facto de facultar esta roda de emoções poderá propiciar momentos de diálogo acerca desta temática seja em contexto educacional ou familiar.

5. PROGRAMAÇÃO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A sessão de educação de saúde integra o projeto de saúde escolar que pretende ao longo de 9 sessões abordar várias temáticas. A primeira sessão terá lugar no dia 17 de Novembro num infantário de uma Instituição de Solidariedade Social.

A atividade desenvolvida na sessão pretende fazer cumprir o Objetivo Geral e Objetivos específicos. Pretende-se que através do conto as crianças possam reconhecer as emoções da personagem fazendo uma analogia às suas próprias reações. Irá ser desenvolvida uma reflexão em grupo acerca das situações em que as crianças sentem a mesma emoção que a personagem sentiu, e quais as estratégias que podem ser usadas para contornar esses momentos emocionalmente mais desafiantes.

Os exercícios físicos desenvolvidos na sessão pretendem, em primeira mão potenciar a atividade motora para posteriormente promover uma maior concentração no momento do

conto, e o exercício final “O nascer da árvore” pretende promover a propriocepção corporal e a consciência de si, tão importante na identificação de estados emocionais. O exercício respiratório de cheirar as flores da árvore e soprar como o vento vai ao encontro do exercício que a personagem do conto faz para regular o seu estado emocional.

○ PLANO DE SESSÃO

Tema: Reconhecimento e Gestão das Emoções	Sessão n.º 1
Grupo: Pré-Escolar, sala dos 3 anos	Nº de crianças: entre 18-22
Data: 3 de Novembro de 2022	Duração: 45 minutos
Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a saúde mental das crianças em idade pré-escolar; • Desenvolver competências emocionais das crianças em idade pré-escolar;
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Entender as causas que propiciam as emoções; • Reconhecer e nomear as suas emoções; • Identificar ferramentas de regulação dos estados emocionais; • Ser empáticos com as emoções dos outros; • Diferenciar emoções e atos.

Atividade		Resultado pretendido	Descrição da atividade	Materiais	Tempo	CrITÉrios de AvaliaÇão
Introdução (Aquecimento/ Centramento)	“Vamos imaginar que somos árvores num dia de tempestade?”	- Ativar a circulação sanguínea; - Promover a atividade física para promover a concentração mental	As crianças começam a agitar os braços (ramos das árvores) enquanto é descrita uma tempestade que vai acalmando até se sentarem no tapete.	-----	5 min	- Participação (interesse/empenho/cooperação);
	Leitura do Conto “As emoções do Gastão- Estou zangado”	- Refletir e estabelecer relação entre as emoções que a personagem vivenciou e as suas emoções atingindo os objetivos delineados.	Dramatizar a história recorrendo à utilização de fantoche com expressões faciais das diferentes emoções; Após a leitura, perguntar como se sentiu a personagem ao longo dos acontecimentos da história. Pedir às crianças que nomeiem uma situação em que sentiram as emoções abordadas e qual foi o comportamento associado.	Conto Fantoches	25 min	A criança deve ser capaz de: - Reconhecer as emoções da personagem; - Fazer um paralelismo

<p style="text-align: center;">Conclusão (Posturas /Relaxamento/respiração)</p>	<p>O nascer da árvore</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Restaurar o movimento normal das articulações; - Respeitar o silêncio e postura dos colegas; - Alongar o corpo; - Promover exercícios respiratórios; 	<p>Com música de fundo e com os joelhos no chão, inclinam a cabeça para trás e estendem os braços para a frente (imitando um gato a espreguiçar-se). Simulando que a árvore esta a crescer, e lentamente a formar ramos, vão se levantando e estendendo os braços para cima com movimentos laterais e circulares.</p> <p>Por fim ser-lhes-á solicitado que cheirem as flores da árvore e em seguida que soprem lentamente como o vento.</p>	<p>Coluna telemóvel</p>	<p>10 min</p>	<p>com as suas emoções.</p>
--	---------------------------	---	---	-------------------------	---------------	-----------------------------

6. CONCLUSÃO

O planeamento desta ação de educação para a saúde permite-me justificar a pertinência da temática, mas sobretudo dotar-me de um conjunto de conhecimentos para corresponder às necessidades da comunidade escolar. A revisão da literatura permitiu-me também selecionar o método pedagógico mais adequado para a consecução dos objetivos propostos.

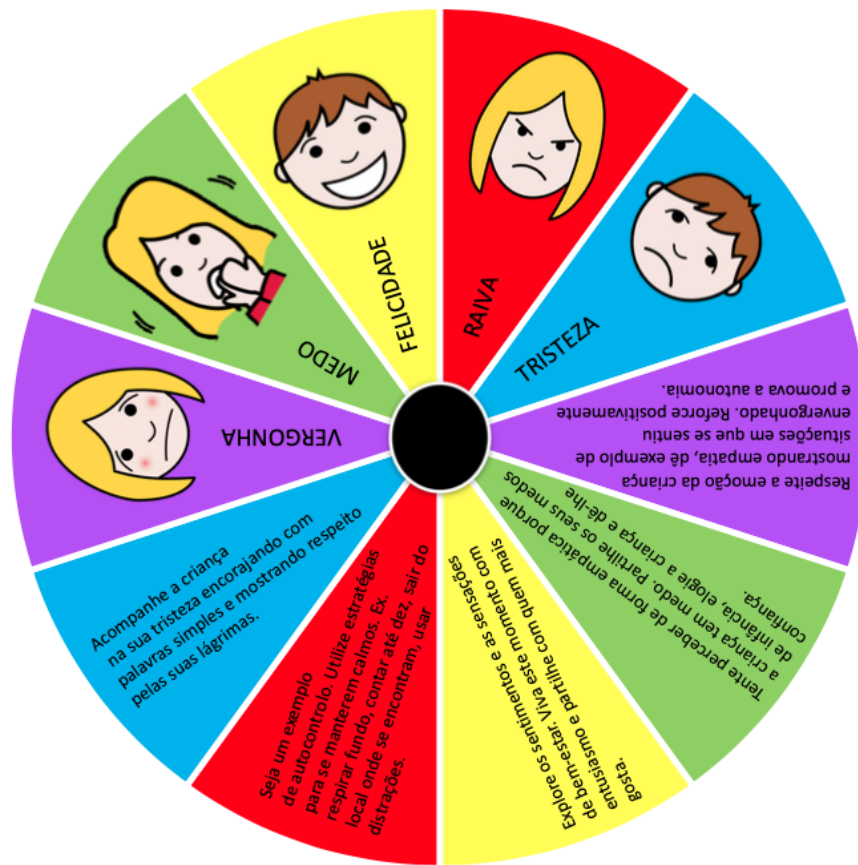
7. BIBLIOGRAFIA

- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). (2019, Out 1). *Ready to Lead - A 2019 Update of Principals' Perspectives on How Social and Emotional Learning Can Prepare Children and Transform Schools*. <https://casel.org/casel-resources-ready-to-lead-2019/>
- Direção Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional- A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Brasil: Objetiva. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4133507/mod_resource/content/2/Inteligencia-emocional-Daniel-Goleman.pdf
- OMS. Health Promotion Glossary of Terms 2021. (2021). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- OMS. Ottawa Charter for Health Promotion (1986). <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Papalia, D. E., Olds, S. W., Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª Edição). Mc Graw Hill.
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II Série, n.º 26/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República: II Série, n.º 133/2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ramos, A. M., & Silva, S. R. (2014). Leitura do Berço ao Recreio. Estratégias de Promoção da leitura com bebés. Em F. L. Viana, I. d. Ribeiro, & A. Baptista, *Ler para ser: Os caminhos antes, durante e... depois de aprender a ler*. Edições Almedina.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Roda das emoções





Apêndice II – Ação de Educação para a Saúde “Diversificação alimentar,
baby-led weaning”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Ação de Educação para a Saúde
“Diversificação alimentar, baby-led weaning”

Por

Sara Alexandra Baptista Ribeiro

Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, dezembro de 2022

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	114
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	116
3. PROGRAMAÇÃO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	121
4. PLANO DE SESSÃO	122
5. CONCLUSÃO.....	123
6. BIBLIOGRAFIA	124
APÊNDICES	125
APÊNDICE I – Formação “Diversificação alimentar, Baby-led weaning”	126
APÊNDICE II – Avaliação	133

1. INTRODUÇÃO

O crescimento e desenvolvimento saudável de uma criança ou adolescente está intimamente ligada ao estado nutricional e à sua alimentação, determinando a sua saúde no presente e no futuro (Nazareth et. Al, 2016). O ditado “somos aquilo que comemos” é nos dias de hoje suportado pela ciência afirmando que aquilo que comemos tem um impacto direto na saúde do indivíduo. O ambiente nutricional a que somos expostos no momento da concepção, ou até mais cedo, considerando os 1100 dias, corresponde a *“uma janela de oportunidade ímpar na otimização do crescimento e desenvolvimento, bem como na modelação da saúde futura, nomeadamente na prevenção de doenças crónicas não transmissíveis”* (APN, 2019). A alimentação deve constituir uma preocupação dos pais, para os profissionais de saúde e para os educadores tendo em consideração a sua importante influência no crescimento e desenvolvimento da saúde da criança.

A escola tem um papel importante na promoção de atitudes positivas face às escolhas e comportamentos alimentares saudáveis visto que as crianças passam muitas horas na escola, e por isso realizam uma grande quantidade de refeições nesse contexto. Grande número das crianças que iniciam a diversificação alimentar estão na escola e nesse sentido é importante que os pais e as escolas assumam um conjunto de estratégias concertadas otimizando todo este processo. É necessário que as escolas tenham uma atitude responsável relativamente às estratégias e aos profissionais de saúde cabe a tarefa de promover e supervisionar a oferta de alimentação adequada (DGS, 2019).

A diversificação alimentar constitui um marco muito importante na alimentação do bebé, na verdade ela é o ponto de partida do percurso alimentar da criança e a forma como deve ou não ser concretizada é claramente uma preocupação para os pais, escolas e profissionais de saúde. Foi a preocupação sobre a diversificação alimentar, com especial enfoque no método baby- led weaning (BLW), manifestada por uma das escolas ao abrigo do Programa de Saúde Escolar que motivou esta ação de educação para a saúde. Este é um método de diversificação alimentar que tem claramente algumas vantagens, no entanto levanta também algumas questões de segurança não só nutricional, mas também de no possível aumento de obstruções da via aérea. Na sua grande maioria a escola tem um método muito tradicional na oferta de alimentos às crianças, seja na textura e corte de alimentos, mas também na diversidade dos mesmos. Os pais exigem das escolas uma mudança neste âmbito com o intuito de que a

mesma acompanhe as recomendações nacionais e internacionais relativamente a este assunto. A presente ação de educação para a saúde pretende esclarecer qual o melhor método de introdução alimentar.

Este trabalho foi desenvolvido tendo em consideração as recomendações emanadas pelos organismos nacionais e internacionais que norteiam a introdução alimentar, tendo por base a mais recente evidência científica.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A diversificação alimentar conforme definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002, é "o processo que se inicia quando o leite materno sozinho não é mais suficiente para atender às necessidades nutricionais dos lactentes" (ESPGHAN, 2017). O leite materno a partir dos seis meses de vida do bebé deixa de conseguir fornecer os nutrientes necessários para fazer face às exigências nutricionais inerentes ao desenvolvimento neurosensorial, motor e social do bebé. Neste momento dever-se-á introduzir alimentos com uma textura progressivamente mais homogénea até à inserção total do bebé na dieta da família a partir dos 12 meses de idade (SPP, 2012).

O aleitamento materno exclusivo (AME), no entanto, deve ser promovido pelo menos até aos 4 meses e como um objetivo desejável durante 6 meses. A diversificação alimentar não deve ser introduzida antes dos 4 meses mas também não deve ser protelada após os 6 meses (ESPGHAN, 2017).

Um bebé com 4 meses de idade (bebé de termo) já tem as suas funções gastrointestinais e renais suficientemente maduras para processar alimentos além do leite, desde que sejam oferecidos o tipo de alimentos e a consistência adequados à faixa etária e ao nível de desenvolvimento. No entanto, é imprescindível que haja uma maturação neurológica e fisiológica que permita ao bebé ter as capacidades motoras necessárias para lidar com segurança com os alimentos complementares (ESPGHAN, 2017). Os sinais de prontidão neurológica do bebé passam por se sentar firme sem precisar de apoio, pela diminuição de reflexo de extrusão lingual, pela capacidade de agarrar o alimento e levá-lo à boca e pelo interesse pelos alimentos dos adultos. Quanto mais perto dos 6 meses maior probabilidade de reunir estas condições (DGS, 2019).

A European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) e a Direção Geral da Saúde (DGS) recomendam que a diversificação alimentar deva iniciar-se por consistências de purés e progredir gradualmente, à medida que o bebé está pronto, para alimentos esmagados, grumosos e por fim sólidos (mas moles). A transição de texturas deve ser estimulada, pois a maioria dos bebés estarão prontos para texturas mais desafiantes aos 7-8 meses. Por volta desta idade existe uma janela de oportunidade para a introdução de alimentos, que ao não se introduzirem neste período e até pelo menos 9-10 meses aumenta a probabilidade de rejeição e de dificuldades alimentares futuras (como a seletividade alimentar) influenciando também negativamente a probabilidade de aceitação futura de alguns grupos alimentares importantes, como a fruta e os vegetais (ESPGHAN,

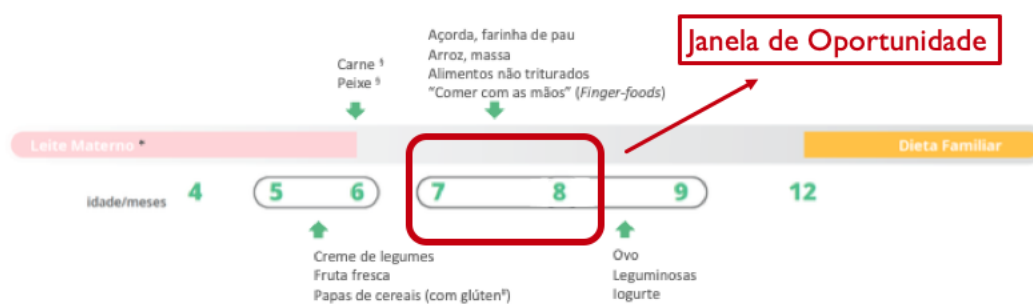
2017). Portanto, o consumo prolongado de alimentos com consistência de puré deve ser desencorajado e os lactentes devem iniciar alimentos de consistência grumosa pelos 8-10 meses. Se se mantiverem texturas menos desafiantes para além deste período poderá ser mais difícil a sua aceitação mais tarde. (ESPGHAN, 2017, DGS, 2019).

Na fase de transição para novas texturas pode realizar-se uma alimentação mista, ou seja, parte à colher e parte em regime de autoalimentação de forma a garantir a máxima segurança nutricional.

A direção geral de saúde faz uma proposta de diversificação alimentar para um lactente saudável no seu documento “Alimentação Saudável - Dos 0 Aos 6 Anos Linhas De Orientação Para Profissionais” que resume as recomendações temporais acima descritas.

Imagem 1

Proposta de diversificação alimentar para um lactente saudável



Adaptado de: <http://www.spgp.pt/media/1316/n-e-a-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-dos-0-aos-6-anos-dgs-2019.pdf>

Nota: a vermelho encontra-se a janela de oportunidade para introdução de texturas mais desafiantes e alimentos inteiros com os cortes e texturas adequadas de acordo com a ESPGHAN.

O Baby-led Weaning desenvolvido por Gill Rapley corresponde a um método de introdução alimentar complementar e consiste na oferta de alimentos moídos, picados ou aos bocados, competindo ao lactente comer sozinho, com as mãos, em vez de ser alimentado pelo cuidador, à colher. Este método permite que o bebê conduza todo o processo, usando seus instintos e habilidades permitindo também ao bebê saborear os alimentos de forma isolada (Rapley, 2010). O BLW, na sua forma mais pura não inclui a alimentação com colher pelo adulto e os bebês alimentam-se da dieta da família (com exceção de produtos açucarados ou com sal até aos 12 meses de idade) em forma de “finger foods” de modo a que a criança leve os alimentos à boca com as próprias mãos logo no início da diversificação alimentar (Cameron, et. al., 2015). São disponibilizados vários alimentos à criança e ela pega

nos alimentos que prefere e come a quantidade que quiser. Neste método as crianças podem estar mais expostas a uma variedade de alimentos pouco saudáveis e é necessário maior controlo dos pais/cuidadores nas quantidades ingeridas e de risco de engasgamento. Também devem garantir a ausência de monotonia alimentar, caso a criança opte sempre pelos mesmos alimentos por risco de inadequação nutricional (APN, 2019).

Bebés que experienciam o BLW exploram os alimentos através dos 4 sentidos: visão, tato, olfato e paladar. É através da conjugação destes 4 sentidos, que o bebé percebe o que vai comer, e o esforço que tem de investir para conseguir mastigar e engolir os alimentos de forma segura. Neste sentido, é importante que seja o bebé a controlar toda esta experiência de tocar, amassar, esfregar, cheirar e lamber, tido isto faz parte do processo de aprendizagem que é comer (Rapley, 2010).

O método BLW tem como princípio indicador da introdução dos diferentes tipos de cortes na alimentação do bebé a fase de motricidade fina que se encontra e não a idade. A idade é meramente indicativa e dependendo do ritmo de cada bebé poderá variar a oscilar alguns meses. O adulto deverá estar atento aos sinais, observando a forma como o bebé manipula a comida, brinquedos e outros objetos (Rapley, 2010). Na preensão palmar o bebé consegue pegar em objetos e mantê-los na sua mão fechada, conseguirá agarrar bocados mais compridos que o seu punho, com a espessura de um dedo do adulto, no entanto, não conseguirá aceder à comida que ficará dentro da mão fechada. Como ainda não tem noção da sua força poderá esmagar os alimentos. Na fase em que o bebé começa a abrir e a fechar a mão com intencionalidade o bebé é capaz de manter os alimentos na sua mão e posteriormente abrir a mão e levá-la à boca acedendo ao que está no interior dela. Na fase do inicio da pinça o bebé estica um dedo, normalmente o indicador, para empurrar objetos mais pequenos para dentro da sua mão. Empurrar bocados de comida pequenos (cubos com cerca de 1cm de lado) para dentro do seu punho e levá-lo à boca é uma nova competência no entanto, ainda não conseguirá segurar alimentos entre 2 dedos (indicador e polegar); Na fase final desta motricidade o bebé consegue já realizar a pinça aperfeiçoada, o bebé estica o dedo indicador e segura objetos pequenos com o apoio do polegar conseguindo segurar bocados de comida pequenos (cubos com cerca de 0,5cm de lado) entre dois dedos e levar sem esforço à boca (Rapley, 2010, Cício, 2019).

Este método, apesar de cada vez mais difundido, tem levantado algumas preocupações nos profissionais de saúde. Esta preocupação prende-se com o facto dos bebés que iniciam a diversificação alimentar com um BLW puro estarem mais sujeitos a de ingestão inadequada de ferro (nutriente extremamente importante para o desenvolvimento do bebé),

pelo risco de o bebê não consumir as quantidades de comida necessárias, mas também pelo risco de engasgamento associado a cortes de alimentos não adequados à maturação neurológica do bebê. Os tipos de alimentos oferecidos neste tipo de alimentação são tendencialmente de menor densidade energética (frutas e vegetais) o que pode imputar défices no crescimento do bebê. No que respeita aos cortes dos alimentos muitos dos pais também não conseguem selecionar os cortes e texturas adequadas às competências neurológicas de mastigação do bebê (Cameron, et. al., 2015).

A corroborar as afirmações acima, a DGS declara que esta forma de alimentação, “não deverá ocorrer nunca antes dos 6 meses de idade, levanta algumas questões relacionadas quer com a qualidade nutricional (adequação da oferta energética, do equilíbrio nutricional e da oferta em alguns micronutrientes, nomeadamente ferro), bem como a risco associado ao engasgamento” (DGS, 2019).

Assumindo as recomendações da DGS e ESPGHAN podemos afirmar que efetivamente é importante que logo numa fase inicial, por volta dos 7-8 meses, as texturas dos alimentos oferecidos se tornem mais desafiantes podendo passar para alimentos com cortes e texturas adequados ao estadio de desenvolvimento do bebê. Reconhece-se a existência de uma janela de oportunidade que não deve ser desperdiçada sob prejuízo de maior seletividade alimentar posterior. No entanto, existem também algumas reservas relativamente à segurança nutricional e de possíveis episódios de obstrução da via aérea.

Como opção ao BLW existe o método tradicional, em que existe uma adaptação das texturas até à total autonomia, inicialmente uma textura cremosa (purê) depois uma textura pastosa evoluindo para pequenos pedaços de comida que a criança pode pegar e começar a treinar a mastigação (APN, 2019). A quantidade ingerida é melhor controlada pelos cuidadores/pais e as refeições oferecidas são de alimentos ricos em ferro (p. ex.: purê de vegetais e cereais com carne/peixe e papas infantis fortificadas neste mineral) constituindo uma vantagem relativamente à segurança nutricional. É, no entanto, importante que os pais/cuidadores analisem os sinais de saciedade e fome. Neste tipo de diversificação a colher é usada e os pais têm maior controlo no que respeita ao risco de engasgamento (APN, 2019).

Na atualidade, não existem conclusões suficientes acerca do melhor método de alimentação, se através de um adulto e pela colher ou através da auto-alimentação (ESPGHAN, 2017), a DGS refere reforça que a “literatura demonstra a importância de ser mantida prudência no aconselhamento deste método de diversificação, tendo por base a fraca robustez dos estudos publicados” (DGS, 2019).

Considerando as desvantagens do método BLW puro acima descritas, mas não omitindo a importância de oferecer alimentos em formato de “*finger food*” a DGS recomenda que “deve ser respeitada a maturidade neuromotora de cada lactente, garantindo segurança no momento da diversificação alimentar. O lactente deve alimentar-se sentado, inicialmente à colher (alimentos pastosos) e posteriormente com método misto (colher e auto-alimentação)” (DGS, 2019). O método misto parece ser uma opção válida retirando do BLW as suas vantagens mas mantendo a segurança nutricional da diversificação tradicional. Importa salientar que todos os profissionais que trabalham com crianças devem ter formação em Suporte Básico de Vida independentemente do tipo de diversificação alimentar. Formar os profissionais envolvidos na confeção dos alimentos para os cortes e cozedura dos alimentos é também imprescindível.

3. PROGRAMAÇÃO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A sessão de educação de saúde foi executada ao abrigo do Programa de Saúde Escolar numa IPSS. O método selecionado foi o método expositivo, com a intencionalidade de ser transferido um conjunto de informações necessárias ao grupo de formandos, no entanto foi promovida durante toda a sessão a participação dos mesmos, encorajando uma aprendizagem ativa e participada através do diálogo e no fim da sessão foi realizada um exercício prático sobre desobstrução da via aérea.

Irá ser realizada uma ficha de avaliação diagnóstica antes da sessão de forma avaliar os conhecimentos prévios dos formandos e no fim irá ser repetida a mesma ficha de avaliação para avaliar os conhecimentos adquiridos na formação.

4. PLANO DE SESSÃO

Tema: Diversificação alimentar, Baby-led weaning	Local – Creche de uma IPSS Nº formandos - 9
Data: 13 de Dezembro de 2022	Duração: 1h30min
Objetivo geral	Promover conhecimento dos profissionais de educação sobre a diversificação alimentar
Objetivos específicos	<p><i>No final da formação os formandos devem ser capazes de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender o conceito de diversificação alimentar • Reconhecer as diferenças do método BLW e tradicional • Contribuir para o treino progressivo de texturas e paladar das crianças • Identificar os diferentes cortes e tipos de cozedura dos alimentos • Executar manobras de desobstrução da via aérea.
Conteúdo programático	
<ul style="list-style-type: none"> • Diversificação alimentar • Maturação Orgânica para iniciar diversificação alimentar • Sinais de prontidão • Recomendações da DGS e ESPGHAN • Baby-led weaning 	<ul style="list-style-type: none"> • Regras BLW • Evolução da motricidade fina • BLW ou método tradicional? • Cortes e cozeduras • Alimentos de alto risco de Engasgamento • Desobstrução da via aérea

5. CONCLUSÃO

A promoção de uma alimentação saudável deve ser encarada numa perspetiva de saúde pública pelo seu impacto na saúde da população. As escolas estão num meio privilegiado para a promoção de bons hábitos alimentares, no entanto carecem muitas vezes de formação adequada e atualizada. Os Enfermeiros de Saúde Escolar sobre a alçada do Programa de Saúde Escolar têm o dever de identificar as necessidades formativas da sua comunidade escolar ou dar resposta às solicitações que lhes chegam. Serviu esta formação para dar resposta a uma necessidade identificada pela escola que foi prontamente reconhecida como necessária pela equipa de saúde escolar.

O planeamento da sessão permitiu fazer uma revisão da bibliografia e das recomendações atuais.

6. BIBLIOGRAFIA

- APN, (2019) Alimentação nos primeiros 1000 dias, Associação Portuguesa de Nutrição https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf
- Cício, L. (2019) Como oferecer legumes e leguminosas ao bebé. Ebook <https://www.nacadeiradapapa.com/produto/como-oferecer-legumes-ao-bebe-dos-6-aos-12-meses>
- Nazareth, M., Rego, C., Lopes, C., Pinto, E., (2016) Recomendações nutricionais em idade pediátrica: o estado da arte, in *Acta Pediátrica Portuguesa de Nutrição*, Vol n° 7, pp 18-33. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/114910/1/NazarethMRegoC2016.pdf>
- DGS, (2019) Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos linhas de orientação para profissionais e educadores, Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável, <http://www.spgp.pt/media/1316/n-e-a-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%Aavel-dos-0-aos-6-anos-dgs-2019.pdf>
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellof, M., Embleton, N., Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J., Indrio, F., Lapillone, A., Molgaard, C., (2017). European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition, V 64 (I), 119-132, <http://www.spgp.pt/media/1061/pdf29.pdf>
- Rapley, G., Murkett, T., (2010). *Baby-Led Weaning, The essential Guide to Introducing Solids and helping your baby to grow up a happy and confident eater.* In The Experiment New York.
- SPP, (2012) Alimentação e nutrição do latente, in *Acta Pediátrica Portuguesa* Vol. 43, n.º 5 Setembro / Outubro 2012 Suplemento II. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/65752/2/47089.pdf>
- Cameron, S., Taylor, R., Heath A.L., (2015) Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to Solids - a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking, in *BMC Pediatrics* n° 15:99. DOI 10.1186/s12887-015-0422-8

APÊNDICES

APÊNDICE I – Formação “Diversificação alimentar, Baby-led weaning”

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR
BABY LEAD-WEANING



Discente do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Perinatal
Fátima
Sara Ribeiro

13 de Dezembro de 2022

DGS
1976
1899
Direção-Geral da Saúde

World Health Organization

ESPGHAN

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR
Sinais de prontidão


- Sentar firme sem precisar de apoio
- Diminuição de reflexo de extrusão lingual
- Ficar sentado com apoio
- Capacidade de agarrar o alimento e levá-lo à boca
- Interesse pelo alimento dos adultos



Quanto mais perto dos 6 meses maior probabilidade de reunir estas condições.

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR
Recomendações

- Começar pelos purês e progredir, à medida que o bebé está pronto, para alimentos esmagados, grumosos e por fim sólidos (mas moles).
- Esta transição tem que ser estimulada, pois a maioria dos bebés estarão prontos para texturas mais desafiantes aos 7-8 meses. Se mantermos os purês a papas pode ser mais difícil a sua acção mais tarde.
- O consumo prolongado de alimentos com consistência de puré deve ser desencorajado e os lactentes devem iniciar alimentos de consistência grumosa pelos 8-10 meses.

 Sempre os alimentos certos e no formato certo.

ESPGHAN 2017, DGS, 2019

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

A Organização Mundial De Saúde (2002) define a diversificação alimentar como "o processo que se inicia quando o leite materno sozinho não é suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais dos lactentes"

O aleitamento materno exclusivo (AME) deve ser promovido pelo menos 4 meses e como um objetivo desejável durante 6 meses. A diversificação alimentar não deve ser introduzida antes dos 4 meses mas também não deve ser protelada após os 6 meses.



ESPGHAN 2017

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR
Quando existe maturação orgânica para iniciar a diversificação?

A ESPGHAN afirma que um bebé de termo por volta dos 4 meses já tem as suas funções gastrointestinais e renais suficientemente maduras para processar alimentos além do leite, desde que sejam oferecidos o tipo de alimentos e a consistência adequados à faixa etária e ao nível de desenvolvimento.

CONTUDO

É imprescindível que haja uma maturação neurológica e fisiológica que permita ao bebé ter as capacidades motoras necessárias para lidar com segurança com os alimentos complementares.

Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR Recomendações

- Na fase de transição pode realizar-se uma alimentação mista, ou seja, parte à colher e parte em regime de autoalimentação de forma a garantir a máxima segurança nutricional.
- Existem dados que sugerem que a falta de introdução de alimentos progressivamente mais gulosos pelos 9-10 meses está associada a um aumento do risco de aparecimento de dificuldades alimentares e ingestão inadequada de alguns grupos alimentares como frutas e vegetais.

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR: 2015 E 2016
RECOMENDAÇÕES
DGS

FIG. 16.11. 2016 (1)

DGS, 2016

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR Recomendações

- Existe evidência que sugere que há uma janela de oportunidade para a introdução de alimentos sólidos (nomeadamente entre os 7-8 meses) e que ao não se introduzirem neste período e até pelo menos aos 9-10 meses existe uma maior probabilidade de rejeição e de dificuldades alimentares futuras (como a selectividade alimentar). Existe ainda menor probabilidade de aceitação futura de alguns grupos alimentares importantes, como a fruta e os vegetais.

A introdução de alimentos sólidos é irreversível!

EPISMAN, 2017

Proposta de diversificação alimentar para um lactente saudável (independente da existência de história de atopia familiar)

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR
Recomendações DGS

Proposta de diversificação alimentar para um lactente saudável (independente da existência de história de atopia familiar)

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR
Recomendações DGS

BABY-LED WEANING

↓

DESMAME CONDUZIDO PELO BEBÊ

DGS, 2016; Pappo, 2016

BABY-LED WEANING

- É um método de introdução alimentar complementar;
- Consiste na oferta de alimentos moídos, picados ou aos bocados, competindo ao lactente comer sozinho, com as mãos, em vez de ser alimentado pelo cuidador, à colher. Por este facto, pode também ser chamado de "auto-alimentação"
- Permite que o bebé conduza todo o processo, usando seus instintos e habilidades.
- Permite saborear os alimentos de forma isolada.


DGS, 2016; Pappo, 2016

BABY-LED WEANING OU MÉTODO TRADICIONAL?




BABY-LED WEANING OU MÉTODO TRADICIONAL?

- Não existem conclusões suficientes acerca do melhor método de alimentação, através de um adulto e pais colher ou através da auto-alimentação (ESPGHAN, 2017)
- A literatura demonstra a importância de ser mantida prudência no aconselhamento deste método de diversificação, tendo por base a fraca robustez dos estudos publicados (DGS, 2019).




BABY-LED WEANING	M. TRADICIONAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os alimentos focalizados são iguais aos alimentos da família em forma de "finger food", de modo a que a criança leve os alimentos à boca com as próprias mãos. ▪ São disponibilizados vários alimentos à criança e ela pega nos alimentos que preferir e come a quantidade que quiser. ▪ Não ocorre oferta de alimentos através do colher. ▪ É importante a oferta de alimentos ricos em ferro na forma de "finger food" devidamente cozinhados. ▪ As crianças podem estar mais expostas a uma variedade de alimentos por via oral. ▪ É necessário maior controlo das porções ingeridas nas quantidades ingeridas e de risco de engasgamento. Também devem garantir a ausência de monotonias alimentares, caso a criança não sempre pelas mesmas alimentos (foco de inadequação nutricional) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adopção das técnicas está à total autonomia: <ol style="list-style-type: none"> 1º. Testar comexão (puré); 2º. Testar pastoso 3º. Pequenos pedaços de comida que a criança pode pegar e começar a mastigar e mastigação ▪ A quantidade ingerida é mais controlada pelos cuidadores/pais. É importante que os pais/cuidadores analisem os sinais de saciedade e fome. ▪ Habitualmente, as refeições infantis têm a presença de alimentos ricos em ferro (p. ex: puré de legumes e cereais com carne/peixe) e papas infantis fortificadas com ferro. ▪ A refeição é focalizada com uma colher específica para a idade ▪ Controlo das porções/dosagens da ração de engasgamento.

(APN, 2019)

BABY-LED WEANING

A ter em conta...




- Esta forma de alimentação, que **não deverá ocorrer nunca antes dos 6 meses de idade**, levanta algumas questões relacionadas quer com a **qualidade nutricional** (adequação da oferta energética, do equilíbrio nutricional e da oferta em alguns micronutrientes, nomeadamente ferro), bem como a **risco associado ao engasgamento**.

DGS, 2019

BABY-LED WEANING

Uma experiência sensorial total!

- Exploram os alimentos através dos 4 sentidos: visão, tato, olfacto e paladar. É através da conjugação destes 4 sentidos, que o bebé percebe o que vai comer, e o esforço que tem de investir para conseguir mastigar e engolir os alimentos de forma segura.
- Por isso, é importante que seja o bebé a controlar toda esta experiência. Tocar, amassar, esfregar, cheirar, lambear, tudo faz parte do processo de aprendizagem que é comer.



BABY-LED WEANING

Regras de segurança

1. O bebé tem que conseguir sentar-se sozinho, direito, com ou sem apoio.
2. Deve ser o bebé a levar a comida à boca e não o adulto.

Logo ao tato, o bebé percebe se o alimento é rijo, ou mole, se é um pedaço grande ou pequeno. Aqui percebe o esforço de mastigação, que tem de fazer, e se consegue, ou não, comer aquele alimento. Se o adulto coloca um pedaço de comida na boca do bebé, salta-se uma série de passos no processo, podendo não ser seguro para o bebé.
3. Os alimentos devem ser oferecidos em forma, tamanho e consistência adequadas. Nunca deixar um bebé sozinho com a comida.
4. O bebé deve estar sempre acompanhado por um adulto, enquanto se alimenta de forma autónoma.

(Beply, 2010; Oco, 2019)

BABY-LED WEANING

- O método Baby-led weaning tem como princípio indicador da introdução dos diferentes tipos de cortes na alimentação do bebê é a fase de motricidade fina que se encontra e não a idade.
- A idade é meramente indicativa e dependendo do ritmo de cada bebê poderá variar a ocorrer alguns meses. O adulto deverá estar atento aos sinais, observando a forma como o bebê manipula a comida, brinquedos e outros objetos.



(Bely, 2010; Cico, 2019)

EVOLUÇÃO DA MOTRICIDADE FINA

1. Pressão palmar
2. Abrir e fechar o punho
3. Início da pinça
4. Pinça aperfeiçoada



(Pinto, 2018; Cico, 2019)

PREENSÃO PALMAR

Por volta de 6 meses

- Características: o bebê consegue pegar em objetos e mantê-los na sua mão com o punho fechado.
- Com a comida: o bebê conseguirá agarrar bocados mais compridos que o seu punho, com a espessura de um dedo de adulto; no entanto, não conseguirá aceder à comida que ficará dentro do punho fechado; ainda não tem a noção da sua força e poderá esmagar os alimentos.



(Bely, 2010; Cico, 2019)

ABRIR E FECHAR O PUNHO

7-8 meses

- Características: o bebê consegue pegar em objetos e mantê-los na sua mão com o punho fechado e abrir o punho levando o que está no interior do punho à boca.
- Com a comida: o bebê conseguirá agarrar bocados do tamanho do seu punho, com a espessura de um dedo de adulto; no entanto, ainda não conseguirá agarrar pedaços ou alimentos demasiado pequenos.



(Pinto, 2018; Cico, 2019)

INÍCIO DA PINÇA

8-10 meses

- Características: o bebê estica um dedo, normalmente o indicador, para empurrar objetos mais pequenos para dentro do seu punho (não segura o objeto entre os seus dedos).
- Com a comida: o bebê conseguirá empurrar bocados de comida pequenos (cubos com cerca de 1cm de lado) para dentro do seu punho e levá-lo à boca; no entanto, ainda não conseguirá segurar alimentos entre 2 dedos (indicador e polegar).



(Bely, 2010; Cico, 2019)

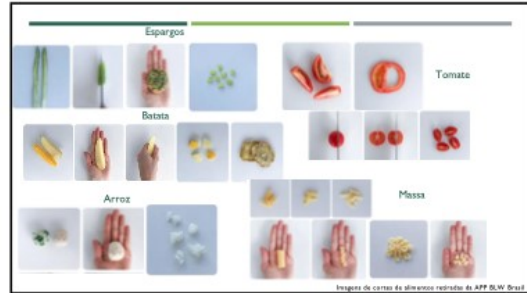
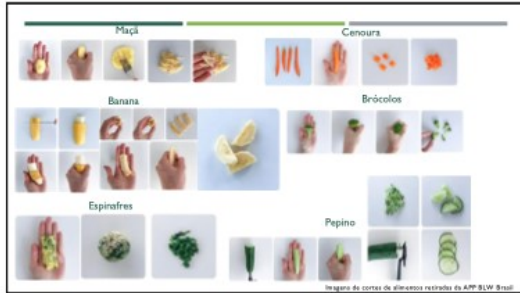
PINÇA APERFEIÇOADA

9-12 meses

- Características: o bebê estica o dedo indicador e segura objetos pequenos com o apoio do polegar.
- Com a comida: o bebê conseguirá segurar bocados de comida pequenos (cubos com cerca de 0,5cm de lado) entre dois dedos e levar sem esforço à boca; Começar a oferecer cozinhados habituais da família, que possam ser consumidos com o auxílio de garfo ou colher (massadas, canja, arroz de...)



(Bely, 2010; Cico, 2019)



ENGASGAMENTO OU REFLEXO DE VÔMITO??

- **Gag Reflex** – reflexo protetor natural que resulta na contração da parte de trás da garganta, e que “empurra” a língua para a frente para nos proteger de sufoca.
- No engasgamento as vias respiratórias estão obstruídas e o bebê tem dificuldade em respirar.




ENGASGAMENTO OU REFLEXO DE VÔMITO??

Sinais de engasgamento de um bebê podem incluir

- Incapacidade de chorar;
- Bebê pode ficar completamente silencioso, sem conseguir produzir sons;
- Incapacidade ou dificuldade em tossir;
- Aspecto aterrorizado;
- Os lábios e a cara do bebê ficam azuis, arroxeados ou cinzentos.

Obstrução da via aérea



ALIMENTOS ALTO RISCO DE ENGASGAMENTO

- Vegetais crus (p.e exemplo, cenoura, sipo, folhas de salada, maçã crua)
- Biscoitos de arroz; Frutos secos (por exemplo, nozes inteiros, passas, amendoim)
- Cerejas, uvas, bagas, tomate cereja, ervilhas, milho
- Alimentos com com risco de se separarem e aspirados (arroz seco).
- Alimentos duros (ou azós, alimentos que não podem ser esmagados contra o céu da boca com a língua)



©SPGHAN 2017; DOI: 10.15, April, 2016

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR MISTA

Vantagens do BLW com segurança nutricional do método tradicional





ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA EM LATENTES (COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE)

1. Aplique até 5 pancadas inter-escapulares com a base da mão:

ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA EM LATENTES (COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE)

2. Posicione a outra mão nas costas do lactente e apoie a região posterior da cabeça com a palma da mão. O lactente ficará assim posicionado entre os 2 antebraços;

3. Gire o lactente, apoiando cuidadosamente a cabeça e pescoço. Segure-o de costas. Repouse o seu antebraço sobre a sua coxa/colo e mantenha a cabeça do lactente mais baixa do que o tronco.

ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA EM LATENTES (COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE)

4. Aplique até 5 compressões torácicas rápidas (local, frequência e profundidade de compressão idênticas às realizadas quando em SBV).

5. O objetivo é provocar uma "tosse artificial" capaz de deslocar o corpo estranho;

6. Alternar pancadas-compressões até que objeto seja removido ou lactente fique não reativo (inconsciente).

7. Se vítima inconsciente ligar 112 e iniciar manobras de SBV.

ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA EM LATENTES (COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE)

- 5 pancadas alternando com
- 5 compressões com 2 dedos
- Dedos - Médio e o anelar sobre o esterno.

ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA EM LATENTES (COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE)

SE INCONSCIENTE

Ligar 112
Iniciar reanimação cardio-respiratória



BIBLIOGRAFIA

- Fewerell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellaf, M., Embileon, N., Msa, N., Hojsak, I., Hulst, J., Indrio, F., Lapillone, A., Molgaard, C., (2017). European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Nutrition*, V 64 (1), 119-122. <https://www.sciencedirect.com/journal/nutrition>
- DGS, (2019) Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos linhas de orientação para profissionais e educadores, Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável. <https://www.dgs.gov.pt/Alimentacao-Saudavel-0-aos-6-anos-orientacao-profissionais-educadores-2019.pdf>
- Repley, G., Markatz, T., (2010). Baby-Led Weaning. The essential Guide to introducing Solids and helping your baby to grow up a happy and confident eater. In: The Experiment New York.
- Associação Portuguesa de Nutrição, (2019) Alimentação nos primeiros 1000 dias. <https://www.apn.pt/pt/medicos/comunicacao/2019-05-28/2019-05-28.pdf>
- Cido, L. (2019) Como oferecer legumes e leguminosas ao bebé. Ebook <https://www.nutricaoemfamilia.com/legumes-leguminosas-ao-bebe-13-manias/>

APÊNDICE II – Avaliação

FICHA DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Assinale com verdadeiro (V) ou falso (F) as seguintes afirmações:

1. A diversificação alimentar é necessária porque o leite materno não é mais capaz de suprir as necessidades do bebé. __V__
2. Para iniciar a diversificação alimentar o bebé não precisa de conseguir estar sentado e ter um bom equilíbrio de pescoço e tronco desde que esteja numa cadeira com apoio de costas e pescoço. __F__
3. Pelo risco de engasgamento alimentos inteiros devem ser oferecidos apenas depois dos 10 meses. __F__
4. A seletividade alimentar é influenciada pelo tipo de diversificação alimentar, mas também pelo ambiente nutricional em que a criança cresce. __V__
5. No método Baby-Led Weaning (BLW) podemos usar uma colher para oferecer comida ao bebé quando ele perdeu interesse em levar a comida à boca. __F__
6. O método tradicional de diversificação alimentar prevê oferecer alimentos com cortes inteiros apenas aos 12 meses de vida. __F__
7. No método BLW o que dita a introdução de novos cortes de alimentos é a idade do bebé. __F__
8. Os pais podem escolher fazer uma diversificação alimentar mista usando algumas vantagens do BLW e do método tradicional. __V__
9. Relativamente à diversificação alimentar, ela é recomendada a partir dos 6 meses de idade todos bebés independentemente da sua maturação neurológica. __F__
10. A Escola assume um papel importante na promoção de atitudes positivas e às escolhas de comportamentos alimentares. __V__

OBRIGADA

Apêndice III – Ação de Educação para a Saúde “Curso de Massagem
Infantil”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Ação de Educação para a Saúde
“Curso de Massagem Infantil”

Por

Sara Alexandra Baptista Ribeiro

Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, dezembro de 2022

ÍNDICE

1. <u>INTRODUÇÃO</u>	140
2. <u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	141
3. <u>OBJETIVOS</u>	150
3.1. <u>Objetivos gerais</u>	150
3.2. <u>Objetivos específicos</u>	150
4. <u>PROGRAMAÇÃO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</u>	151
<u>PLANO DE SESSÃO</u>	152
5. <u>CONCLUSÃO</u>	156
6. <u>BIBLIOGRAFIA</u>	157
<u>APÊNDICES</u>	158
<u>APÊNDICE I – Texto de apoio <i>Guia-me</i></u>	159
<u>APÊNDICE II – Texto de apoio <i>Escutando os bebês</i></u>	161
<u>APÊNDICE III – Avaliação parental</u>	164

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebê corresponde a um dos acontecimentos mais marcantes no ciclo de vida de um indivíduo. Tornar-se mãe e pai implica profundas transformações e adaptações na personalidade dos sujeitos indispensáveis para assumir o novo papel. Este processo de transição, é um momento complexo que requer uma plasticidade emocional e comportamental notável.

A teoria das transições de Meleis descreve a transição como sendo um processo de passagem de uma situação conhecida para uma realidade nova. Esta transição requer objetivos estruturados que conduzem à incorporação das mudanças no modo de viver, com reorientação e redefinição do modo de ser e de estar de quem vive a transição (Meleis, 2009).

O nascimento de um filho corresponde segundo Meleis a uma crise desenvolvimental, e esta crise implica alterações profundas na vida das pessoas com implicações importantes para o bem-estar e a saúde. Neste processo de transição o enfermeiro assume um papel fundamental proporcionando cuidados de enfermagem facilitadores da transição para a parentalidade e adaptação aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança (Meleis, 2009).

Para intervir e auxiliar a família a ultrapassar estes novos desafios, urge a criação de medidas para capacitar os pais, conferindo-lhes maior literacia em saúde que os habilitará para refletirem sobre a sua saúde individual e familiar.

O curso de Massagem Infantil (programa amplamente testado e comprovado) pretende apoiar os pais para que os mesmos criem *um “ambiente substancial para eles próprios e para o seu filho”* (McClure, 2000). São inegáveis os benefícios para a criança, família e comunidade da frequência do curso de massagem infantil, não propriamente pela massagem, mas pela promoção do toque nutritivo (McClure, 2000). A promoção do papel parental neste contexto é inequívoco e representa o maior benefício que se pode retirar deste programa. Por ser comprovado este impacto positivo, a Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade promove regularmente o “Curso de Massagem Infantil” com pais e filhos.

O presente trabalho é constituído pelo enquadramento teórico da massagem infantil, bem como o enquadramento de alguns temas abordados na sessão. Posteriormente serão apresentados os objetivos da sessão e o planeamento das sessões que irão ser realizadas.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Quando um bebé nasce, vem dotado de um conjunto de capacidades comunicacionais espantosas. De acordo com Brazelton o comportamento de um recém-nascido parece destinar-se a atrair os pais. A forma como procura o rosto da mãe e do pai, a forma delicada, mas firme, como se agarra e como se aconchega no pescoço provoca uma enorme vontade de o aconchegar, acolher e entender (Brazelton, 2004). A teoria da vinculação de Bowlby defende que o bebé é um ser social biologicamente programado para se aproximar dos progenitores através do processo de vinculação (Papalia, 2001). O bebé move-se em direção aos pais com o intuito de promover uma ligação duradoura que lhe possa assegurar as suas necessidades para poder crescer naturalmente. Essas necessidades não são apenas necessidades alimentares, na realidade, Harlow na sua experiência com macacos Rhesus conseguiu comprovar que a necessidade de conforto proporcionado pelo contacto corporal próximo é tão importante como tudo o resto (Papalia, 2001).

Ao considerarmos que os bebés nascem programados para a vinculação parece quase intuitivo pensar que os pais do bebé iriam da mesma forma, naturalmente programada, procurar essa vinculação, no entanto, nem sempre se verifica uma pronta resposta por parte dos pais. Existe, portanto, a necessidade da promoção da procura da vinculação por parte dos mesmos. Neste sentido, Papalia considera que *“tanto as mães como os bebés contribuem para a segurança da vinculação através da personalidade e comportamento, através do modo como respondem um ao outro”* (Papalia 2001).

As experiências vividas pelo bebé nos primeiros tempos de vida influenciam a autopercepção do mesmo acerca das suas competências sociais e da sua autoestima propiciando interações mais ou menos gratificantes. Crianças que cresceram num ambiente de responsividade parental, tendem a sentir-se confiantes no mundo onde se inserem (Papalia, 2001).

É na interação com os cuidadores que o bebé constrói um modelo interno dinâmico sobre o que pode esperar dos pais, e, por conseguinte, do mundo. As crianças às quais são asseguradas as suas necessidades expressas tendem a ter uma vinculação mais segura, e geralmente estas tendem a ser os pais mais sensíveis e responsivos.

Para que estas necessidades sejam asseguradas é necessário que pais sejam capazes de ler devidamente os sinais relativos aos estados emocionais do bebé. A regulação mútua

corresponde à capacidade dos pais conseguirem ler os sinais do bebê avaliando e satisfazendo as necessidades do mesmo (Papalia, 2001).

O curso de massagem infantil pretende, sobretudo, promover a interação entre os pais e o bebê através do processo de vinculação, construindo relações de carinho e respeito através de uma sintonia emocional e capacidade de resposta dos pais às necessidades do bebê (McClure, 2000) otimizando assim a regulação mútua.

Através deste plano de educação parental, pretende-se promover o desenvolvimento do papel parental e o sentimento de satisfação dos pais nesse papel, traduzindo-se em repercussões no desenvolvimento das crianças.

Vimala McClure declara que os *“momentos de um-para-um são as pedras basilares para a autoestima de uma criança”* e que estes *“momentos de extrema intensidade de encontros verdadeiros entre progenitor e bebê, sem distrações, são a chave para a criança se sentir amada e amável”* (McClure, 2000). O toque nutritivo, através da massagem, pretende promover esses momentos de enamoramento entre os cuidadores e os bebês potenciando sentimentos de confiança e amor. A vinculação estabelecida ultrapassa os limites do tempo em que está a ser vivida, ela perdura ao longo de toda a vida e irá definir a qualidade das relações presentes e futuras.

Nesta dança a dois, vários elementos responsáveis pela vinculação são usados, sentidos e acolhidos. O toque, as expressões faciais e o contacto visual, o odor, a voz e as vocalizações, o choro e os biorritmos são alguns dos elementos responsáveis pela vinculação que são mobilizados durante a massagem (McClure, 2000).

Para além das inequívocas vantagens da promoção da vinculação pela massagem infantil, outras merecem a sua descrição tendo em consideração o impacto positivo no bebê e na sociedade.

No bebê os benefícios passam por quatro principais categorias, a interação, a estimulação, o alívio e o relaxamento. Na interação, a massagem infantil promove o toque nutritivo, e a comunicação promovendo a vinculação segura, tempo de qualidade para a díade, sentimento de amor, respeito e segurança, confiança, empatia, pertença e o desenvolvimento de autoestima. Na categoria estimulação, durante a massagem, todos os sistemas orgânicos principais são estimulados. Promove o desenvolvimento da linguagem, promove a libertação de neurotransmissores que influenciam o bem-estar e o desenvolvimento cerebral, promove o crescimento e o aumento de peso. A massagem promove também o alívio de dores, desconfortos, de excesso de secreções, de sensibilidade ao toque e choro excessivo. Por fim a massagem é capaz de influenciar o relaxamento do

bebé que pode ser demonstrado através da redução de níveis de hormonas como a adrenalina e cortisol e a promoção da produção da hormona ocitocina. É capaz também de melhorar a regulação dos estadios comportamentais e de autorregulação.

Nos benefícios para os outros, consideram-se os pais, a família e a sociedade. O impacto da massagem nos pais incide na promoção da vinculação segura, numa melhor capacidade de reconhecer as capacidades comunicacionais do bebé e assegurar as suas necessidades e melhora a autoestima dos pais. Os pais de um bebé mais calmo e mais regulado percecionarão um papel parental mais satisfatório. A massagem tem também um papel importante na diminuição da depressão pós-parto.

A vantagens para a família passam pelo envolvimento dos irmãos e da família alargada, um ambiente mais relaxante e por conseguinte redução de conflitos. O aumento do respeito, a tolerância e a empatia são alguns dos benefícios para a sociedade (McClure 2000). São estes os benefícios que a Associação Internacional de Massagem Infantil e os estudos científicos reconhecem no toque nutritivo através da massagem.

A corroborar algumas das vantagens acima referidas Figueiredo (2007) através de uma revisão da literatura refere o ganho de peso e a diminuição do número de dias de internamento, melhor desempenho em provas de comportamento e de desenvolvimento neonatal (Neonatal Behavioural Assessment Scale - NBAS) como vantagens amplamente comprovadas pelos estudos científicos. Foram também comprovados *“benefícios ao nível da interação mãe-bebé e decréscimo na sintomatologia psicopatológica dos pais”* (Figueiredo, 2007).

Vimala McClure foi a fundadora da Associação Internacional de Massagem Infantil. Deste programa profissional faz parte uma componente teórica, um currículo e objetivo únicos, tendo sido *“minuciosamente desenvolvido e aperfeiçoado através da investigação e da prática, desde a sua introdução em 1976”* (McClure, 200).

A massagem surge como a principal ferramenta dos instrutores da IAIM para a promoção do toque nutritivo, no entanto este não é o único veículo para o toque nutritivo. Existem bebés que não podem ser massajados, toma-se como exemplo um recém-nascido prematuro, recém-nascido muito doente ou em pós-cirúrgico. Nestes bebés, o toque nutritivo através do abraço, do pegar ao colo, pousar as mãos ou fazer contenção deve ser sempre considerado pelas suas evidentes vantagens.

A técnica de massagem desenvolvida por Vimala incorpora técnicas de massagem sueca e indiana, alguns princípios de reflexologia e do Yoga. O curso é destinado a pais e filhos desde o nascimento até um ano de idade. O número de sessões recomendadas são no

mínimo 5 sessões com uma frequência semanal. A duração deve ter cerca de 90 min, e a sessão deve ser estruturada tendo em consideração uma componente prática, uma teórica e discussões parentais. A intenção da teoria é fornecer aos pais informação teórica relevante para a prática da massagem infantil. Alguns dos temas abordados, são o choro, os estádios comportamentais e os benefícios da massagem infantil. As discussões parentais pretendem criar um espaço onde os pais se possam sentir apoiados e aceites, dando uma voz e uma oportunidade a cada cuidador de se sentirem ouvidos. Nesta fase o propósito do instrutor é apenas ser um facilitador apoiando os pais na partilha de ideias sobre os bebés e a parentalidade. A intenção passa por ajudar os pais a ouvir a sua própria voz e a confiar na sua intuição, o instrutor deverá guiar a discussão com perguntas abertas. Trabalhar numa dinâmica de grupo exige ao instrutor a capacidade de observar bem o grupo e a sua dinâmica, de forma a que todos se sintam incluídos, reconhecidos e respeitados (McClure, 2000).

A vinculação é um foco de Enfermagem com elevada complexidade tendo em consideração a sua especificidade mas também a multiplicidade de influências estando sujeito ao *“estabelecimento de diagnósticos e a prescrição de intervenções que obriga, na nossa opinião, ao enquadramento da atuação do enfermeiro especialista em saúde infantil centrada numa abordagem pluridisciplinar, orientando para e/ou solicitando a colaboração de outros profissionais”* (OE, 2015)

Tendo em consideração o acima exposto a Massagem Infantil é uma ferramenta extraordinária para a promoção da parentalidade utilizada pelos Enfermeiros de Saúde Infantil. Ao longo das sessões é promovida de forma bem consciente, a importância dos pais reconhecerem nos seus bebés as suas competências de comunicação, bem como a sua individualidade promovendo a vinculação e o papel parental.

Durante o curso de massagem infantil torna-se fundamental abordar alguns temas teóricos acerca do bebé e da massagem, com a pretensão de melhorar o conhecimento dos pais acerca dos mesmos. De seguida descrevem-se alguns dos temas:

CHORO

O choro é um comportamento universal de adaptação e corresponde à forma mais eficaz que o bebé tem de comunicar (Brazelton, 1995). Este pode constituir uma necessidade física ou emocional e por essa razão pode ser desencadeado por vários motivos: dor, fome, sono, stress, falta de toque e contacto. No entanto nem sempre é fácil para os pais

identificarem a causa por detrás do choro os que leva muitas vezes a estados de ansiedade difíceis de gerir (Brazelton, 1995, McClure, 2000).

Nem todos os bebés choram da mesma forma, o ritmo, o timbre, a latência e a capacidade que o bebé tem de se acalmar irão ser diferentes entre bebés. *“Estes padrões fazem parte do comportamento e do estilo de cada bebé. Parecem ser estáveis em bebés pequenos e predizer com alguma segurança o seu futuro temperamento”* (Brazelton, 1995). No entanto estes padrões irão também *“modelar a imagem que os pais têm dos filhos e influenciam a adaptação que eles têm de fazer para se relacionarem com a criança”* (Brazelton, 1995).

A capacidade dos pais se conectarem com o choro do bebé, na tentativa de identificar as necessidades do mesmo, ou simplesmente acolherem o choro proporcionando sensação de conforto e segurança ao bebé, constitui um dos maiores desafios.

A tentativa de controlar o choro exige vários esforços por parte dos pais, umas vezes vão ser bem sucedidos, e outras não, no entanto se os pais se conectarem verdadeiramente com o bebé a possibilidade de conseguir dar ao bebé aquilo que necessita é maior, e de cada vez que os esforços resultam ao pais sentem-se encorajados pela experiência de êxito. Segundo Brazelton por volta das três a doze semanas de idade o bebé necessita de chorar com uma forma de extravasar e reorganizar diariamente o sistema nervoso central (Brazelton, 1995). Explicar aos pais que o choro faz parte do desenvolvimento da criança é de extrema importância assegurando-lhes que o seu bebé é apenas um bebé normal. O curso de massagem infantil promove a perceção dos estados emocionais do bebé levando os pais a tentar encontrar soluções para os seus desconfortos.

SONO E O COLO

O sono é um processo ativo com várias funções e corresponde a um estado fisiológico em que o cérebro tem uma atividade significativa sendo extremamente importante para a homeostasia corporal. Algumas das funções do sono são, a conservação e produção de energia, a regulação do metabolismo, a termorregulação, o desenvolvimento cerebral e a memória e aprendizagem. Todas estas funções organizam-se ao longo das fases de sono, o não REM (Non Rapid Eye Movement-NREM) e sono REM. O sono NREM tem 3 fases, a fase 1 - entrada no sono, a fase 2 - o sono da memória, um sono relativamente superficial e a fase 3 - o sono profundo. O sono REM é o sono paradoxal, onde sonhamos. Cada uma destas fases assume funções diferentes. (Neves, 2021).

No entanto, o bebê quando nasce não tem as quatro fases do sono, mas apenas duas, o sono ativo, que será equivalente ao sono REM, e o sono tranquilo que será equivalente ao sono NREM (no sono NREM do bebê não existem as subdivisões nas três fases acima descritas, o bebê entra muito rapidamente no sono profundo). O sono tem a particularidade de ser evolutivo, ou seja, vai mudando ao longo da vida e de acordo com a idade (Neves, 2021). Na fase inicial da vida de um bebê o sono corresponde a uma das maiores preocupações dos pais, um bebê tem ciclos de sono mais curtos, o que implicará uma mudança também nos hábitos de sono dos pais o que por vezes é difícil de gerir para os pais.

O conceito de extergestação introduzido pela antropologia refere-se e às primeiras 12 semanas de vida do bebê. Neste período o crescimento do bebê anteriormente feito no útero da mãe transfere-se para o meio ambiente passando a ser o corpo exterior da mãe (Neves, 2021). É expectável portanto que o bebê necessite de contacto, colo, de sentir o cheiro, e calor dos pais propiciado através do colo. Um bebê que se sente acolhido e seguro dormirá mais tempo e não terá necessidade de chorar para satisfazer as suas necessidades. Uma vinculação segura poderá ditar a forma como os pais reconhecem estas necessidades. No que respeita ao sono, antes de se pensar em autonomia de sono é importante que o bebê efetivamente durma as horas necessárias para a sua etapa desenvolvimental e que crie uma boa relação com o sono. Sestas longas e descansadas ao colo são a prioridade relativamente a sestas curtas no berço (Neves, 2021). O número de horas que o bebê faz em 24 horas diárias é efetivamente importante, no entanto, os pais devem guiar-se também pelo número de horas que o bebê está acordado. Por exemplo, um bebê entre o nascimento e os 3 meses de vida não deve estar acordado mais do que uma hora, sob pena de sobrecarga de estímulos e informação e posterior desregulação do bebê (Neves, 2021). Uma vez mais o toque nutritivo tem aqui um papel fundamental na regulação do sono.

Por volta dos 4 meses de vida o bebê atinge um marco desenvolvimento, nesta fase o sono NREM que até então correspondia quase na totalidade ao sono tranquilo passa a ter uma nova fase que é a fase 2 responsável por um sono superficial. Nesta fase é muito frequente os pais acharem que o bebê teve uma regressão no que respeita ao sono, no entanto em boa verdade esta alteração corresponde a um marco de desenvolvimento do núcleo supraquiasmático que corresponde ao relógio biológico do bebê (Neves, 2021). O desenvolvimento de uma criança não é linear, pelo contrário é feito por patamares identificados como tempos de reorganização ou recuperação precedendo a novas explosões desenvolvimentais (Pedro, 2005). É importante que os profissionais de saúde possam capacitar os pais a interpretarem o comportamento do bebê, para que os pais se possam

ajustar às mudanças que enfrentam encarando-as como um marco desenvolvimento do bebê e não como uma regressão ou fase má que o bebê está a passar.

ESTADIOS COMPORTAMENTAIS

O bebê passa por vários estadios comportamentais ao longo do dia, o conhecimento, compreensão e consciência sobre estes estadios por parte dos pais torna-se quase indispensável para que os mesmos consigam identificar as necessidades do bebê e perceberem qual o melhor momento para determinadas atividades, nomeadamente a massagem infantil. Os estadios descritos por Vimala McClure (2000) são:

O estadio de vigília
<p><u>Alerta tranquilo</u>: atenção focada, movimentos calmos, olhos brilhantes e recetivos e respiração regular. Este é o momento em que o bebê aprende mais, é o momento ideal para a massagem.</p>
<p><u>Alerta Ativo</u>: atividade corporal considerável, choraminga e respiração variável. Nesta fase o bebê pode estar hiperestimulado, aborrecido ou a necessitar de algum tipo de mudança.</p>
<p><u>Choro</u>: Alta atividade corporal de diferentes graus de intensidade. Este estado exige atenção por parte dos pais para ouvir a necessidade do bebê para parar algo ou mudar algo.</p>
Estadios de Sono
<p><u>Sono tranquilo</u>: o bebê respira lenta e profundamente, não existem movimentos dos olhos, está imóvel. Este estadio promove o crescimento e desenvolvimento.</p>
<p><u>Sono ativo</u>: Respiração mais rápida, irregular e superficial, existem movimentos rápidos dos olhos sob as pálpebras, pode ocorrer abertura ocular com brevidade, movimentos de sucção, suspiros e sorrisos. Nesta fase o cérebro está a organizar experiências e informações.</p>
Estadio de transição
<p><u>Sonolento</u>: os olhos poderão estar firmemente fechados, vidrados ou fechados com pálpebras flutuantes. Pode existir atividade corporal, pode choramingar e a capacidade de resposta é atrasada. Neste estadio o bebê pode estar a tentar adormecer ou então a acordar.</p>

CÓLICA

Os pais que têm bebês com cólicas frequentemente se sentem impotentes e frustrados. Não conseguir consolar o bebê pode levar a sentimentos de insatisfação no papel parental o que pode impactar no processo de vinculação.

A IAIM tem no seu programa um protocolo que foi concebido para ajudar a aliviar os sintomas das cólicas, mostra-se como *“uma ferramenta muito eficaz no alívio de sintomas num curto espaço de tempo”* (McClure, 2000).

As cólicas são frequentemente relacionadas como choro inconsolável do bebê, no entanto por vezes este choro não está associado à cólica. O Médico Pediatra João Gomes Pedro defende que desenvolvimento de uma criança não é linear. Este crescimento é baseado em Touchpoints presentes maioritariamente ao longo dos primeiros 3 anos de vida e a cada um deles, correspondem determinadas mudanças que são avanços ou saltos, na dinâmica do desenvolvimento de cada criança. Cada um destes saltos sucede de forma prevista a uma desorganização da criança. Estes períodos de desorganização correspondem a estados de ansiedade e crise parental potenciando desadaptação e stress intrafamiliar (Pedro, 2005). O terceiro touchpoint no primeiro ano de vida surge por volta das 2-3 semanas. Nesta fase o bebê consome grandes quantidades de energia numa aprendizagem incessante e isto *“projetar-se-á como choro, agitação e dificuldades na consolação e no autoapaziguamento, quase sempre ao final de cada dia”* (Pedro, 2005 pp, 254). Esta fase pode ser erradamente percebida pelos pais como cólica, no entanto ela corresponde à regulação interna de todos os estímulos vividos ao longo do dia. Se os profissionais de saúde partilharem com os pais esta noção dinâmica do desenvolvimento, para que os mesmos a compreendam como parte integrante e necessária do desenvolvimento poderão descobrir juntos estratégias que possam facilitar a transição para a fase seguinte do desenvolvimento (Pedro, 2005).

SINAIS DE ACEITAÇÃO/REJEIÇÃO DO BEBÉ

Para que os pais possam massajar o bebê é suposto que o bebê dê autorização para a realização da massagem, neste sentido, antes de se começar a massagem deve ser realizado um pedido de permissão ao bebê para a realização da massagem, de forma a que o bebê saiba que vai ser massajado. Este momento realizado de forma repetida irá permitir ao bebê entender o que se irá passar a seguir, mas sobretudo pretende que os pais demonstrem ao bebê respeito pela sua individualidade.

A resposta do bebé ao pedido de permissão é percebida através de sinais de aceitação ou rejeição. Alguns dos sinais de aceitação são o sorriso do bebé, olhos bem abertos e brilhantes, olhar para o lado e voltar a olhar para os pais, balbuciar, succionar com contentamento, estar deitado em silêncio ou calmo, movimentos suaves dos braços e pernas e tentar alcançar os pais. Sinais de rejeição para a massagem são, olhos fechados, olhar para o lado, franzir o sobrolho ou testa enrugada, sons agitados, choro, tentar afastar-se, rebolar, arquear-se para trás, empurrar ou pontapear as mãos dos pais (McClure, 2000)

As leituras destes sinais permitem aos pais dialogarem com os seus filhos com respeito e irá inequivocamente facilitar a perceção das necessidades em variadas situações do dia-a-dia.

3. OBJETIVOS

- Objetivos gerais
 - Promover o toque nutritivo

- Objetivos específicos
 - Promover a vinculação
 - Favorecer a satisfação e o papel parental
 - Produzir os benefícios nos pais e bebês
 - Propiciar momentos de partilha entre cuidadores

4. PROGRAMAÇÃO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A sessão de educação de saúde integra o projeto de apoio à parentalidade desenvolvida pela UCC. As sessões cumprem o pressuposto da IAIM de 5 sessões no mínimo com a frequência semanal. Irá ser disponibilizado no fim das sessões uma avaliação parental para avaliação da sessão por parte dos pais. Este questionário serve não só para avaliar o formador, mas também para o formador ter uma perceção das aprendizagens que os pais assimilaram.

PLANO DE SESSÃO

PRIMEIRA SESSÃO - 9/11/2022 Duração de cerca de 90 min						
Abertura Introdução Teoria	Quebra-gelo	Prática		Teoria Discussão parental	Material de Apoio	Conclusão
		Relaxamento Posicionamento	Massagem			
<ul style="list-style-type: none"> - Acolher os cuidadores e bebês - Identificar-me - Regras do curso - Apresentação do programa da IAIM; - Óleos; - Condições ideais para massagem; - Estádios comportamentais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Escrever o nome do bebé e do cuidador num papel. “Como escolheu o nome do seu bebé?” 	<ul style="list-style-type: none"> - Esticar os braços em cima da cabeça e alongar o tronco e braços, inclinando para a direita e esquerda. - Exercício inspiração e expiração. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedir permissão ao bebé. - Massagem pernas e pés 	<ul style="list-style-type: none"> - História da massagem infantil- IAIM; Intencionalidade da massagem; - Questionar sobre temas que gostariam de ver abordados no curso; 	<ul style="list-style-type: none"> -Técnica “Pernas e pés” - Folheto “Massagem do Bebé”da IAIM 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar a prática da massagem como rotina.
SEGUNDA SESSÃO – 14/11/22 Duração de cerca de 90 min						
Abertura	Quebra-gelo	Prática		Teoria Discussão parental	Material de Apoio	Conclusão
		Relaxamento Posicionamento	Massagem			
<ul style="list-style-type: none"> - Acolher os cuidadores e bebês - Diálogo inicial sobre a experiência da rotina da 	<ul style="list-style-type: none"> - Cartas Emoções “Que carta a representa hoje no 	<ul style="list-style-type: none"> - Com as pernas afastadas esticar os braços em cima da cabeça e alongar o tronco e braços durante a 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedir permissão ao bebé. -Massagem Barriga 	<ul style="list-style-type: none"> - Desafios da parentalidade - Competências comunicacionais do bebé 	<ul style="list-style-type: none"> -Técnica “Barriga” - Texto “Guia-me” 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar a prática da massagem como rotina.

massagem em casa e possíveis dúvidas.	papel de mãe/pai/cuidador?"	inspiração, na expiração inclinar-se sobre as pernas curvando as costas (podem beijar o bebê quando se curvam)	- Repetir massagem pernas e pés	- Sinais de aceitação/rejeição do bebê na massagem		Leitura do texto "Guia-me"
---------------------------------------	-----------------------------	--	---------------------------------	--	--	----------------------------

TERCEIRA SESSÃO - 23/11/22 Duração de cerca de 90 min						
Abertura	Quebra-gelo	Prática		Teoria	Material de Apoio	Conclusão
		Relaxamento Posicionamento	Massagem			
- Acolher os cuidadores e bebês - Diálogo inicial sobre a experiência da rotina da massagem em casa e possíveis dúvidas.	- Cartas com imagens de animais "Que animal representaria o seu bebê?"	- Fazer inspirações e expirações enquanto imagina o animal que escolheu para o seu filho no seu habitat, feliz (se possível fechar os olhos).	- Pedir permissão ao bebê. -Massagem peito, braços e mãos - Repetir massagem Pernas e pés e barriga.	- Estádios comportamentais do bebê; - Sono - Colo/mimo	-Técnica "Peito, Braços e mãos"	Incentivar a prática da massagem como rotina.
QUARTA SESSÃO – 30/11/22 Duração de cerca de 90 min						
Abertura	Quebra-gelo	Prática		Teoria	Material de Apoio	Conclusão
		Relaxamento Posicionamento	Massagem			

- Acolher os cuidadores e bebês - Diálogo inicial sobre a experiência da rotina da massagem em casa e possíveis dúvidas.	- Com passagem de testemunho, dizer “Quais têm sido os desafios em casa para colocar a técnica de massagem em prática?”	- Esticar os braços em cima da cabeça e alongar o tronco e braços, inclinando para a direita e esquerda. Exercício inspiração e expiração.	- Pedir permissão ao bebê. -Massagem costas e cara - Repetir massagem pernas e pés, barriga peito e braços. - Ensinar a ordem ideal: Pernas e pés, barriga, peito, braços e mãos, cara e costas.	- Gestão de tempo - Massagem à criança em desenvolvimento.	-Técnica “Costas e cara” - Texto “Escutando bebês”	- Incentivar a prática da massagem como rotina. - Pedir a leitura do texto o “Escutando bebês”
---	---	---	---	---	---	---

QUINTA SESSÃO – 5/12/2022 – Duração de cerca de 90 min						
Abertura	Quebra-gelo	Prática		Teoria Discussão parental	Material de Apoio	Conclusão
		Relaxamento Posicionamento	Massagem			
- Acolher os cuidadores e bebês - Diálogo inicial sobre a experiência da rotina da massagem em casa e possíveis dúvidas.	Retirar papel de uma caixa com perguntas sobre o impacto do curso na	Com as pernas afastadas esticar os braços em cima da cabeça e a alongar o tronco e braços durante a inspiração e na expiração inclinar-se sobre as pernas curvando as costas (podem	- Pedir permissão ao bebê. -Massagem para o alívio de cólicas; - Ginástica. - Repetir massagem integral.	- Cólica - Choro - A importância do toque nutritivo	-Técnica Massagem para o alívio de cólicas” - Técnica “Ginástica”	Terminar com o pensamento: “Tudo o que precisa de saber está dentro de si.” - Preencher formulário de avaliação

	relação cuidador-bebé	beijar o bebé quando se curvam)				
--	--------------------------	------------------------------------	--	--	--	--

5. CONCLUSÃO

O planejamento desta ação de educação para a saúde permite-me justificar a pertinência da temática, dotando-me de um conjunto de conhecimentos para corresponder à exigência da execução das sessões.

O planejamento serve essencialmente para que a prática seja guiada por um pensamento prévio e estruturado otimizando assim todo o processo.

6. BIBLIOGRAFIA

- Brazelton, T. B., (1995), *O grande livro da criança*, 7ª Edição, Editorial Presença.
- Figueiredo, B., (2007), “Massagem ao bebé”, in *Acta Pediátrica Portuguesa*, vol nº38, Fevereiro de 2007, pp. 29-38
- Pedro, J. G. (2005), *Para um sentido de coerência da criança*, Publicações Europa América, pp. 249-261.
- McClure, V., (2000), *Infant Massage – Revised Edition: A handbook for loving parents*. (4ª Edição) Bantan Books.
- Meleis, A. I. (2009). *Transitions Theory - Middle-Range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publisher Company.
https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização, Guias orientadores de boa prática*, n.º 8 Série I.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf
- Papalia, D. E., Olds, S. W., Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª Edição). Mc Graw Hill.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Texto de apoio *Guia-me*

Guia-me

"Nasceu, chegou o primeiro dia de uma nova vida, uma vida cheia de tudo, a transbordar de tudo, de amor, de alegria, de medo, de insegurança, de incerteza... Transborda, e por vezes parece não ser possível conter tal é a torrente de emoções. E ele, o meu bebé que tanto desejei, alheado do desafio que é para nós pais, pede aquilo que lhe prometi sem sequer lho ter dito. Pede toque, olhar, embalo de voz e de corpo. Pede chão firme por debaixo da enxurrada de emoções, pede o colo quente e firme que conhece desde sempre. E eu? que faço? Sou eu a quem ele pede, confiará ele em mim para o guiar? o medo de não ser capaz quase que me faz querer não sentir emoção alguma. Paro e deixo o meu corpo sentir, respiro fundo, esvazio o copo, olho o meu bebé, estranhamente resto apenas eu e ele, sem enxurradas. Pego nele, toco-o, sinto o seu corpo, vejo-o e oiço-o verdadeiramente. Percebo que percebi que mesmo que transborde, sou também eu quem absorvo o que é difícil de conter, e sou também eu que decido esvaziar o copo. E neste exercício, vejo, oiço e sinto o meu bebé e descubro a verdade que nos une. Sou eu em quem confias, e eu, confio em ti para me guiares."



CURSO DE MASSAGEM
INFANTIL

APÊNDICE II – Texto de apoio *Escutando os bebês*

Escutando os bebês

Imagine que acabou de passar por uma experiência muito traumática, algo que o perturbou profundamente. Sente-se à beira das lágrimas e incapaz de relaxar ou concentrar-se, vai então ter com o seu companheiro ou um amigo para pedir ajuda. Começa a falar sobre o que se passou consigo e como se está sentir naquele momento.

Após um momento de compaixão o seu amigo começa a mandá-lo calar, dizendo: “Vá, vá não te preocupes. Por favor não chores. Não suporto quando choras. Vá lá, sorri para mim. Deixa-me arranjar-te algo para comeres. Talvez fosse melhor ires a um médico.” Provavelmente você secará as suas lágrimas e interiorizará a sua dor de forma a poder preservar esta relação, e porque as respostas do seu amigo transmitiram-lhe que não é seguro ser você mesmo na presença dele.

Agora imagine-se na mesma situação, com uma resposta diferente do seu amigo. Começa a falar sobre o que se passou consigo e de como se está a sentir no momento. O seu amigo olha-lhe nos olhos. Inclina-se sobre si e pega na sua mão. “Estou aqui para ti, conta-me tudo o que se passou. Já percebi que estás em grande sofrimento, quero que saibas que te adoro e que quero ajudar-te a ultrapassar isto.”

Ele abraça-o e você relaxa, na segurança da sua presença. Você continua a balbuciar, por vezes incoerentemente, e ele está lá, dizendo, “Conta-me mais. O que aconteceu a seguir? Deve ter sido tão doloroso para ti.” Você sente a pureza do apoio e essa confiança possibilita que realmente desabafe e que, finalmente, volte ao seu equilíbrio. A sua relação com este amigo fortalece; este sente-se bem por ter estado disponível para si, e você está mais capaz de prosseguir num funcionamento saudável.

No artigo "Listening to babies" - Vimala McClure

Escutando os bebês

Quando um bebê chora por uma razão física, algo precisa ser feito ativamente sobre o choro. Se o choro é por uma razão emocional, existem diferentes formas de o abordar. No seu artigo, Vimala sugere um processo de três passos, o que é apenas uma de muitas abordagens possíveis:

1. Respire longa, lenta e profundamente e relaxe.
2. Apague todos os pensamentos.
3. Ligue-se ao bebê, de olhos nos olhos, se possível.

Se o bebê evitar o contato visual, coloque as mãos suavemente, mas com firmeza no corpo do bebê e faça uma conexão através de suas mãos dizendo que gostaria de ouvir o que ele tem a dizer. Fique com seu bebê, esteja relaxado e receptivo enquanto ouve e observa sua linguagem corporal. Observe a boca e os olhos do seu bebê. Quando você tiver certeza de que seu bebê se sente ouvido e que disse quase tudo o que precisava de dizer, ofereça o seu conforto balouçando-o, andando com ele, ou afagando-o para o ajudar a reorganizar-se. Invariavelmente, um bebê que se sente ouvido dormirá mais profundamente após o choro e confiará. Fique com seu bebê, fique relaxado e receptivo enquanto ouve e observa sua linguagem corporal. Observe a boca e os olhos do seu bebê. Quando você tiver certeza de que o seu bebê se sente ouvido e disse a maior parte do que precisava ser dito, ofereça o seu conforto balançando, caminhando com ele, ou afagando-o para o ajudar a reorganizar-se. Invariavelmente, um bebê que se sente ouvido dormirá mais profundamente após o choro e depois terá confiança.

Quando ouvimos verdadeiramente os nossos bebês, estamos a preencher todas as suas necessidades psicológicas. A mensagem subjacente é: "Tu mereces respeito. És magnífico tal como és." O bebê é levado a concordar e cresce confiante, sentindo que tem um lugar no mundo. Os recetores sensoriais do bebê recebem esta mensagem e todo o corpo relaxa.

Vimala termina com:

O cálice do coração desta bebê é preenchido até transbordar, e ao crescer vai procurando oportunidades para partilhar o seu amor com os outros. E como irá fazer isto? Seguindo o modelo que lhe foi transmitido. Vai estar disponível para os outros do mesmo modo que os seus pais/figuras parentais estiveram para ela. Que ciclo encantador e saudável!

No artigo "*Listening to babies*" - Vimala McClure

APÊNDICE III – Avaliação parental

AVALIAÇÃO PARENTAL

A sua franca opinião irá ajudar-nos a melhorar as aulas.

Nome do Instrutor:

Data do curso: **Local:**

Idade do seu bebé: _____

Nº de sessões que frequentou: ____ grupo individual

1. O que é que gostou mais na aula?

2. O que aprendeu acerca do seu bebé através da massagem?

3. Como é que o instrutor o ajudou a sentir-se confortável na aula?

4. Que mudanças sugeriam para futuras aulas?

5. Onde é que se informou acerca deste curso de massagem infantil?

6. Outras reflexões que tenha:

Obrigado *pelas suas opiniões.*

Se você e o seu bebé gostaram do curso divulgue-o junto dos seus amigos.

Apêndice IV – Revisão Integrativa da Literatura: A Influência Do Estilo
Parental Na Inteligência Emocional Da Criança/Adolescente



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**A INFLUÊNCIA DO ESTILO PARENTAL NA
INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DA
CRIANÇA/ADOLESCENTE**

Revisão Integrativa da Literatura

Por
Sara Alexandra Baptista Ribeiro
Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, março de 2023

RESUMO

As aprendizagens que constroem a inteligência emocional (IE) da criança e adolescente desenvolvem-se de forma estruturante ao longo dos primeiros anos de vida. Os estilos parentais, concretizam a natureza das interações com os filhos, assumindo-se de forma mais ou menos responsiva relativamente às necessidades da criança. Assume-se, portanto, que os estilos parentais possam influenciar o desenvolvimento de competências associadas à IE na criança. Este estudo consistiu numa revisão integrativa da literatura que tinha como objetivo investigar a influência do estilo parental (EP) no desenvolvimento da IE das crianças e adolescentes. O motor de busca foi a B-on, e os fornecedores de conteúdos da evidência científica foram a Complementary Index, Scopus®, Academic Search Complete, Social Sciences Citation Index, MEDLINE, Directory of Open Access Journals, Business Source Complete, Science Citation Index Expanded, Gale In Context: Science e a ERIC. Foram selecionados 10 artigos completos indexados para compor o corpus final de análise. Os resultados indicaram que há uma correlação positiva significativa entre o estilo parental democrático e a IE das crianças, sendo que este estilo promove o desenvolvimento de competências emocionais. Os estilos parentais autoritários não produzem este efeito benéfico no desenvolvimento da IE. Conclui-se, portanto, que o estilo parental é um fator chave para o desenvolvimento da IE das crianças, sendo necessário que os pais sejam orientados sobre a importância de um estilo parental adequado para promover o desenvolvimento socioemocional saudável de seus filhos.

Palavras-chave: Parentalidade, Papel Parental, Inteligência Emocional, Revisão integrativa.

ABSTRACT

The learning that builds the emotional intelligence in children and adolescents, develops in a structural way in the first years of life. Parenting styles materialize the nature of the interaction with children, assuming itself in a more or less responsive way in relation to the child's needs. It is assumed, therefore, that parenting styles can influence the development of competencies associated with emotional intelligence in children. The present study consisted in an integrative literature review that aimed to investigate the influence of different parenting styles on the development of the emotional intelligence in children and adolescents. The search engine was B-on and the scientific evidence content providers were Complementary Index, Scopus®, Academic Search Complete, Social Sciences Citation Index, MEDLINE, Directory of Open Access Journals, Business Source Complete, Science Citation Index Expanded, Gale In Context: Science and ERIC. 10 indexed complete articles were selected to compose the final corpus of analysis. The results indicated that there is a significant positive correlation between the democratic parental style and the emotional intelligence of children, and that this parental style also promotes the development of emotional skills. The authoritarian parenting styles do not produce this beneficial effect on the development of emotional intelligence. It is concluded, therefore, that the parenting style is a key factor for the development of children's emotional intelligence, and parents need to be aware of the importance of an appropriate parenting style to promote the healthy socio-emotional development of their children.

Keywords: Parenting, Parental Role, Emotional Intelligence, Integrative review.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	174
2. METODOLOGIA.....	180
3. RESULTADOS	182
4. DISCUSSÃO	191
4.1. Estilos Parentais a Inteligência Emocional e os seus papéis mediadores	191
4.2. Estilos parentais e a inteligência emocional	194
5. CONCLUSÃO.....	197
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	198

1. INTRODUÇÃO

O ambiente familiar corresponde ao ambiente de excelência onde as crianças podem aprender sobre os seus sentimentos e sobre a importância que os outros dão aos seus sentimentos. É neste ambiente íntimo que se iniciam aprendizagens emocionais que irão acompanhar a criança ao longo de todo o seu crescimento. A criança aprende, não só através daquilo que os pais dizem ou fazem, mas também através dos comportamentos dos pais na relação com as emoções dos filhos e na relação com as suas próprias emoções (Goleman, 1995).

O conceito de inteligência emocional foi inicialmente desenvolvido por Salovey & Mayer. Os autores definiram-na como uma parte da inteligência social que envolvia a capacidade de controlar as suas emoções e as emoções dos outros, de as caracterizar e utilizar essas informações para orientar o pensamento e ações (Salovey & Mayer, 1990). Goleman (1995) posteriormente difundiu amplamente este tema, de acordo com este autor a IE é caracterizada por um conjunto de competências como capacidade de autocontrolo, dedicação, persistência e capacidade de auto-motivação. Estas competências são as *“lições emocionais que aprendemos na infância que modelam os circuitos emocionais, tornando-nos mais aptos ou inaptos nos fundamentos da inteligência emocional”* (Goleman, 1995, p. 44). As aprendizagens que constroem a IE desenvolvem-se ao longo dos primeiros anos de vida de forma muito importante, embora essas habilidades continuem a formar-se durante o período escolar. Passado este período, segundo Goleman (1995) *“as aptidões emocionais que, posteriormente, as crianças adquirem formam-se em cima daquelas aprendidas nos primeiros anos”* (p. 12) sendo que as aptidões inicialmente adquiridas servem de alicerce para o desenvolvimento de todas as outras. Elementos básicos de IE como aprender a reconhecer, controlar e gerir emoções são apreendidos através da relação que se estabelece entre pais e filhos constituindo uma oportunidade ótima que irá determinar hábitos emocionais básicos que permanecerão ao longo da vida (Goleman 1995).

A IE tem sido associada a resultados positivos, tais como, bem-estar subjetivo, maior capacidade de adaptação ao stress, melhor saúde mental, habilidades mentais, traços positivos de personalidade, desempenho académico e saúde física e psicológica (Alegre,

2010). Uma resposta organizada e adaptativa das emoções pode potencialmente levar a uma transformação da interação pessoal e social numa experiência enriquecedora (Salovey & Mayer, 1990).

Foram amplamente estudados alguns constructos emocionais relacionados com as práticas parentais que incluem o conhecimento das emoções das crianças, a compreensão das emoções e a regulação das mesmas. O conhecimento da emoção refere-se à capacidade de reconhecer e classificar com precisão expressões emocionais, os sinais corporais e os comportamentos que podem gerar emoções nos outros ou em si mesmo. A compreensão das emoções envolve a habilidade de reconhecer e compreender os sentimentos dos outros e de si mesmo e por fim a regulação das emoções diz respeito à habilidade de controlar e gerir os próprios sentimentos e reações emocionais desafiadoras (Alegre, 2010). A IE parece ser sensível às influências ambientais, no sentido em que o ambiente pode ser um promotor, ou não, do seu desenvolvimento. Alegre (2010) refere que as capacidades emocionais podem ser treinadas, no entanto algumas características da personalidade da criança podem necessitar de um ambiente nutritivo subtil para o seu desenvolvimento através das interações humanas favoráveis, sendo o ambiente familiar, o cerne das interações que mais importam para as crianças. Assumindo que as competências emocionais são largamente influenciadas pelo ambiente familiar, o tipo de parentalidade praticada pelos pais poderá ser então preponderante no desenvolvimento das competências associadas à IE.

O nascimento de uma criança implica para os pais a aquisição de um conjunto de competências para que sejam capazes de cuidar do seu filho. A teoria da vinculação de Bowlby defende que o bebé é um ser social biologicamente programado para se aproximar dos progenitores através do processo de vinculação (Papalia, Feldman, & Olds, O Mundo da Criança, 2001). O bebé tem uma linguagem corporal que tem como intuito promover uma ligação duradoura que lhe possa assegurar as suas necessidades para poder crescer. Ao nascimento, os bebés saudáveis apresentam um conjunto de capacidades comunicacionais espantosas e o comportamento de um recém-nascido parece destinar-se a atrair os pais facilitando o processo de vinculação. A forma como procura o rosto da mãe e do pai, a forma delicada, mas firme, como se agarra e como se aconchega no colo, o facto de se acalmar quando é aconchegado encerram um conjunto de comportamentos interativos com os pais que irão influenciar um maior ou menor grau vinculação (Brazelton, 1995; Maccoby & Martin, 1983). A corroborar a afirmação acima, Papalia (2001) considera que *“tanto as mães como os bebés contribuem para a segurança da vinculação através da personalidade*

e comportamento, através do modo como respondem um ao outro”. As experiências vividas pelo bebê nos primeiros tempos de vida influenciam a autopercepção do mesmo acerca das suas competências sociais e da sua autoestima propiciando interações mais ou menos gratificantes. Crianças que cresceram num ambiente de responsividade parental, tendem a sentir-se confiantes no mundo onde se inserem (Papalia, Feldman, & Olds, O Mundo da Criança, 2001). A responsividade parental afigura-se como um comportamento fundamental na educação de uma criança. É na interação com os cuidadores que o bebê constrói um modelo interno dinâmico sobre o que pode esperar dos pais, e, por conseguinte, do mundo. As crianças às quais são asseguradas as suas necessidades expressas tendem a ter uma vinculação mais segura, e geralmente estes tendem a ser os pais mais sensíveis e responsivos.

Os estilos parentais (EP) concretizam a natureza das interações dos pais, sendo extremamente úteis na compreensão de comportamentos e atitudes dos prestadores de cuidados no seu relacionamento com a criança (Rodríguez, Donovanick, & Crowley, 2009). Pesquisas científicas foram realizadas ao longo de vários anos através de entrevistas, questionários e uso de escalas para estudar os possíveis padrões dos estilos parentais. A análise destes estudos permitiu identificar como as variáveis podem ser organizadas num padrão específico em relação a duas dimensões distintas e independentes, chamadas de variáveis ortogonais (Maccoby & Martin, 1983). Estas variáveis são ainda hoje utilizadas de forma consistente nas pesquisas que estudam a parentalidade sendo as mais utilizadas o *warmth/hostility* o *control/autonomy* ou *restrictive/missive*. Diana Baumrind foi uma psicóloga do desenvolvimento que dedicou a sua pesquisa aos estilos parentais, sendo que a mesma teve um grande impacto na compreensão da influência dos estilos parentais no desenvolvimento infantil. Da sua pesquisa emergiram as dimensões *demandingness* e *responsiveness* (Baumrind, 1991).

Defino de seguida as dimensões *warmth*, *demandingness*, e *responsiveness* por considerar que são fundamentais para a compreensão dos resultados desta pesquisa e da discussão dos mesmos.

A dimensão *warmth* (calor, em tradução livre para o português) irá ser referida várias vezes ao longo do estudo. Esta descreve o nível de afeto e apoio emocional que um pai e/ou mãe oferecem ao filho, será assumida a terminologia afeto para fazer referência à dimensão *warmth*. O afeto é considerado uma componente importante da parentalidade responsiva e positiva. Os pais que demonstram afeto tendem a ser carinhosos, amorosos e atentos às

necessidades emocionais e sociais dos filhos, enquanto que os pais com baixo nível de afeto podem parecer mais distantes, frios ou emocionalmente desapegados (Baumrind, 1991; Darling & Steinberg, 1993; Maccoby & Martin, 1983).

A dimensão *demanding* na parentalidade, que se traduzirá em exigência, refere-se à quantidade de exigências, regras e expectativas que os pais impõem aos seus filhos. Pais que são considerados exigentes determinam altas expectativas para os seus filhos relativamente ao desempenho académico, habilidades sociais, comportamentos e responsabilidades. Estes pais costumam ter altos níveis de controlo e monitorização sobre a vida dos seus filhos, através da imposição de regras e o estabelecimento de padrões elevados de desempenho. Eles tendem a ser firmes nas suas decisões e podem ser mais críticos e menos tolerantes em relação aos comportamentos inadequados (Baumrind, 1991; Darling & Steinberg, 1993; Maccoby & Martin, 1983).

A responsividade corresponde à dimensão *responsiveness* referindo-se à sensibilidade, atenção e apoio emocional que os pais oferecem aos seus filhos. Pais que são considerados responsivos geralmente estão envolvidos ativamente nas vidas dos seus filhos, demonstrando afeto e expressando as suas emoções positivamente. É valorizada a comunicação aberta em forma de diálogo com a noção presente de feedback entre os intervenientes. A empatia como competência faz parte desta dimensão facilitando o reconhecimento das necessidades dos seus filhos e o esforço por suprir estas necessidades (Baumrind, 1991; (Baumrind, 1966); Darling & Steinberg, 1993; Maccoby & Martin, 1983). Estas dimensões permitiram o desenvolvimento e caracterização dos EP.

Os estudos de Diana Baumrind (1966, 1967) e de Maccoby & Martin (1983) foram centrais no que respeita à definição das categorias dos EP, sendo ainda nos dias de hoje amplamente utilizados na investigação.

No estilo parental democrático (*authoritative*) ambos os pais são exigentes, respondem às necessidades da criança de forma positiva, nomeadamente, necessidades de carinho e respeitam os estádios de desenvolvimento da criança. Comunicam eficazmente com as crianças, ouvindo o seu ponto de vista, dando também o ponto de vista deles num diálogo respeitoso. Reconhecem os direitos e vontades das crianças, ao mesmo tempo que fazem cumprir o seu papel enquanto pais. São assertivos e estabelecem limites, mas não são intrusivos ou restritivos. Não utilizam métodos punitivos, mas sim estratégias de suporte.

Estes pais esperam que os seus filhos desenvolvam a noção de responsabilidade social e capacidades de autorregulação suportada por eles (Alegre, 2010; Baumrind, 1991; Maccoby & Martin, 1983).

No estilo parental autoritário (*authoritarian*) as exigências dos pais sobre os seus filhos não são equilibradas pela aceitação das exigências dos seus filhos. Estes pais exercem um forte poder de controlo nas crianças e mostram pouca responsividade às necessidades delas. São orientados para a obediência e o estatuto e esperam que as suas ordens/regras sejam obedecidas sem qualquer explicação e sem serem contestadas. Quando o comportamento da criança se desvia daquilo que os pais esperam, castigos severos, frequentemente físicos, podem acontecer. Estes pais não comunicam eficazmente com os filhos. Dentro deste estilo parental pode haver várias intensidades de autoritarismo (Alegre, 2010; Baumrind, 1991; Maccoby & Martin, 1983).

No padrão permissivo (*permissive*) os pais são responsivos e fazem poucas exigências. São tolerantes relativamente aos impulsos das crianças incluindo impulsos agressivos, não usam o castigo e evitam sempre que possível a assertividade autoritária ou a imposição de controlo. Não requerem um comportamento maduro (por exemplo bons modos ou execução de algumas tarefas). Permitem que as crianças se autorregulem e que tomem as suas próprias decisões. Têm poucas regras sobre horários e rotinas (hora de deitar, tempo de exposição a ecrãs) e evitam o confronto. Podem ser muito afetuosos, no entanto alguns podem ter uma atitude mais afastada e pouco envolvida relativamente aos filhos (Alegre, 2010; Baumrind, 1991; Maccoby & Martin, 1983).

No estilo parental negligente (*neglectful*) ou não envolvido os pais fazem poucas exigências, exercem pouco controlo, não estruturam a forma como educam os filhos e não monitorizam nem apoiam as suas atividades. Podem rejeitar ativamente ou negligenciar completamente as suas responsabilidades de educar os seus filhos. Demonstram pouco afeto e não comunicam frequentemente (Alegre, 2010; Baumrind, 1991; Maccoby & Martin, 1983).

Os EP têm sido úteis na compreensão de comportamentos e atitudes complexos dos pais e como estes se relacionam com os resultados da criança. Uma vez que estes estilos, de facto, categorizam informações complexas em quatro categorias memoráveis e simples, são altamente úteis em contextos de intervenção.

O desenvolvimento da parentalidade é influenciado por várias dimensões e o enfermeiro tem a posição privilegiada de poder acompanhar as famílias em variados ambientes (Reticena, et al., 2019). Este posicionamento próximo das famílias potencia o seu papel interventivo no desenvolvimento do papel parental.

Esta Revisão pretende proporcionar um melhor entendimento acerca da influência do tipo de parentalidade na IE da criança ou adolescente.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que pretende sintetizar os estudos relevantes na literatura sobre a temática, produzindo uma visão abrangente do tema pesquisado. Uma das vantagens desta revisão é que a sua abordagem metodológica permite incluir vários métodos de pesquisa, o que desempenha um papel significativo na PBE em Enfermagem. Esta revisão torna-se útil na identificação de lacunas de conhecimento e estabelece relações entre diferentes estudos fornecendo uma base sólida para futuros estudos. É apontada como um instrumento excepcional na investigação em saúde pois “sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico” (Souza, Silva , & Carvalho, 2010).

A concretização de uma Revisão Integrativa deve respeitar processos metodológicos que permitam a concretização da mesma. Neste sentido foram percorridas as seis etapas referidas por Mendes, Silveira, & Galvão (2008), nomeadamente a identificação do tema e escolha da questão de pesquisa, a seleção de critérios para inclusão e exclusão de estudos e a amostragem da revisão vertida no diagrama prisma, a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, a análise dos dados extraídos na etapa anterior, a interpretação dos resultados e por fim, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Na procura da resposta às inquietações sobre o possível impacto do tipo de parentalidade na IE das crianças desenvolveu-se a pergunta de investigação que resultou da metodologia P-C-C conforme proposto por Joanna Briggs Institute, onde “P” refere-se à população/participantes, “C” é o conceito a ser investigado e “C” refere-se ao contexto. Assim sendo, a população corresponde àqueles que são sensíveis às práticas parentais, a criança e o adolescente, o conceito a ser estudado é a IE e o contexto são as práticas parentais. A aplicação desta metodologia resultou na pergunta de investigação: Qual a influência do estilo parental na inteligência emocional da criança/adolescente?

Foram selecionadas as palavras-chave e descritores em Ciências da Saúde DeCs/MeSH: “emotional intelligence” e “parenting” utilizando o operador booleano AND. Na pesquisa as palavras chave definidas devem aparecer no título do estudo resultando na seguinte frase booleana, (TI (emotional AND intelligence)) AND (TI parenting).

O motor de busca foi a B-on, facilitado pelos recursos de informação da Universidade Católica, e os fornecedores de conteúdos da evidência científica foram a Complementary Index, Scopus®, Academic Search Complete, Social Sciences Citation Index, MEDLINE, Directory of Open Access Journals, Business Source Complete, Science Citation Index Expanded, Gale In Context: Science e a ERIC.

Foram selecionados os seguintes critérios de inclusão: artigos com formato integral e revisto por pares, data de publicação entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022 e artigos escritos em inglês. Excluídos artigos que se tratassem de revisões de literatura.

3. RESULTADOS

O processo de seleção dos artigos está demonstrado no diagrama prisma. Foram excluídos 149 artigos através da aplicação dos filtros de inclusão acima referidos e posterior leitura do título/resumo ou leitura integral dos mesmos artigos, determinando uma amostra final de 10 artigos.

Dos dez estudos incluídos na revisão, 3 pertencem ao continente Europeu, nomeadamente Espanha, Itália e Grécia e os restantes 7 pertencem ao continente Asiático, Paquistão, China (2), Vietnam, Jordânia e Tailândia.

A metodologia usada nos estudos foi a mesma. Trata-se de estudos observacionais transversais onde os pesquisadores observaram e registaram os fenómenos ou eventos através da aplicação de escalas ou questionários. As escalas usadas (indicadas na tabela de evidências) revelaram alguma coerência visto que algumas delas foram usadas de forma repetida em estudos distintos.

As categorias utilizadas para descrever os estilos parentais foram frequentemente as categorias descritas por Baumrind (1991).

Todos os estudos incluídos nesta revisão investigaram a associação entre os EP e a IE. Apesar de alguns destes estudos não se focar apenas nestas duas variáveis eles foram selecionados por testarem possíveis correlações entre elas enquanto testavam outras variáveis como o sucesso escolar, o comportamento social, o bem-estar e os fatores socioeconómicos. Para a tabela de evidências foram transferidos os resultados que importam para o objetivo deste estudo, portanto, apenas os resultados que contribuem para a compreensão das associações entre o EP e a IE foram selecionados. No entanto, apesar da intencionalidade de analisar apenas os resultados que se referem ao objetivo do estudo, não seria vantajoso desconsiderar as outras variáveis estudadas por fornecerem uma maior compreensão dos resultados e sobretudo da dinâmica relacional entre todas as variáveis.

Considerando o acima exposto, e a fim de organizar a discussão dos resultados das pesquisas foram criadas duas categorias, conforme similaridades de conteúdo e das variáveis

estudadas. As categorias são: (1) Estilos Parentais, Inteligência Emocional e os seus papéis mediadores (2) Estilos Parentais e Inteligência Emocional.

Digrama 1
Diagrama Prisma

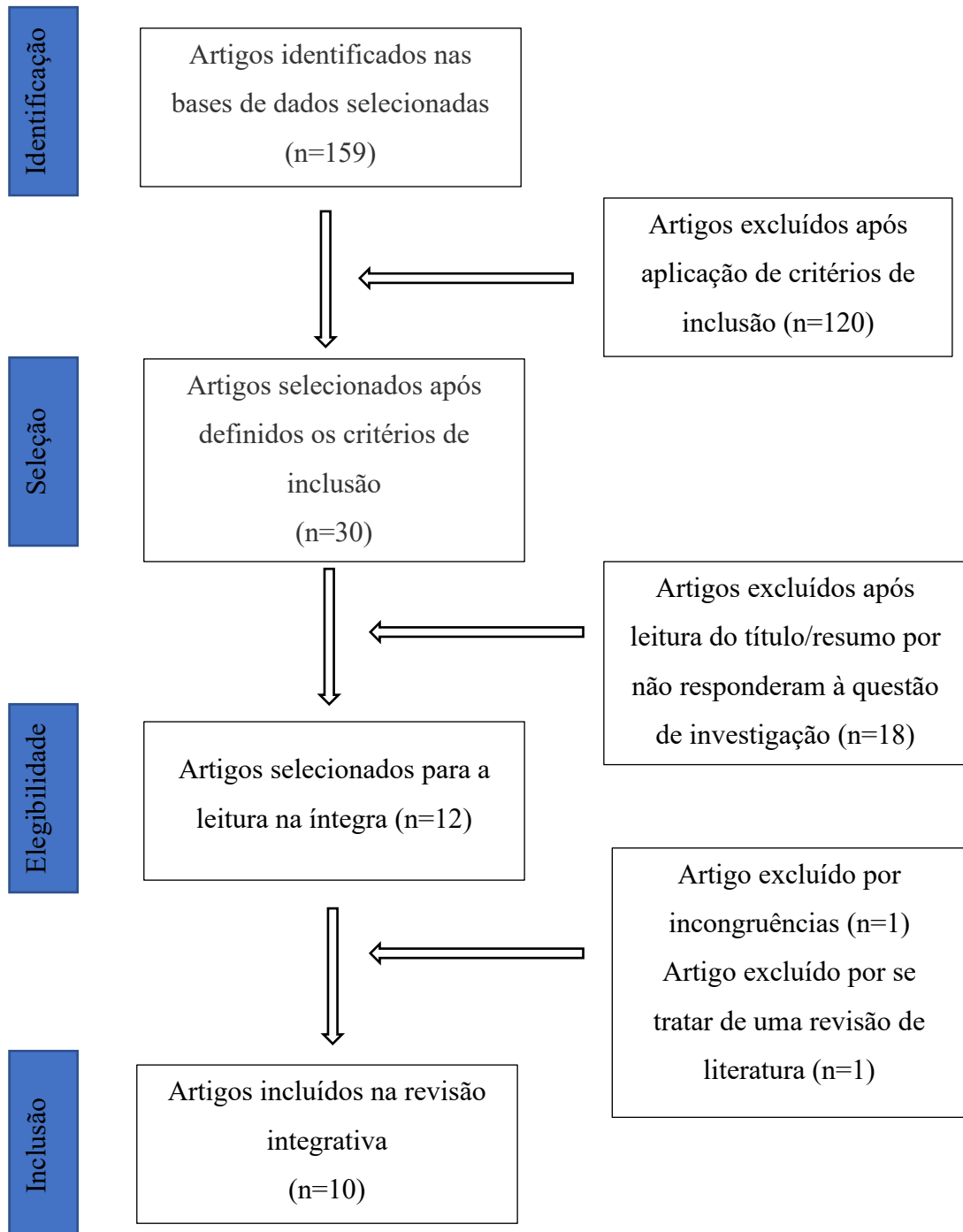


Tabela 1

Tabela de evidências

Título e Autores	Objetivo	Desenho	Metodologia (amostra, instrumentos de recolha de dados, procedimento de análise de dados)	Resultados/ Conclusões e Implicações Clínicas
<p>Título: Does positive parenting predict pro-social behavior and friendship quality among adolescents? Emotional intelligence as a mediator</p> <p>Autores: Syeda Shahida Batool & Christopher Alan Lewis (2020)</p> <p>Pais: Paquistão</p>	<p>Avaliar o impacto da parentalidade positiva sobre o traço de inteligência emocional, comportamento pró-social (altruísmo) e qualidade de amizade dos adolescentes.</p>	<p>Estudo observacional transversal</p>	<p>n=350 adolescentes (208 rapazes e 142 raparigas) com idades entre 14 e 16 anos e os seus pais.</p> <p>Pais e mães preencheram a escala de parentalidade. Apenas adolescentes com ambos os pais puderam participar.</p> <p><u>Escalas/questionários usados:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Parenting Style Scale (PSS) alfa de Cronbach 0,87.- Emotional Intelligence Scale for Children and Adolescents (EIS-CA) alfa de Cronbach 0,91- Altruistic Personality Scale alfa de Cronbach 0,78- The Intimate Friendship Scale (IFS) alfa de Cronbach 0,91 <p>A análise de correlação de Pearson. A análise mediacional.</p>	<p>A Parentalidade positiva parece ter significativa correlação moderada e positiva com a inteligência emocional, $p < 0,001$.</p> <p>Caminho positivo estatisticamente significativo do estilo parental positivo à inteligência emocional e à qualidade da amizade.</p> <p>O altruísmo mostra uma correlação positiva moderada significativa com a qualidade da amizade $r(348) = .26$, $p < .001$</p> <p>Caminhos positivos indiretos estatisticamente significativos, desde a parentalidade positiva ao altruísmo e à qualidade da amizade através da inteligência emocional. Contudo, o caminho direto da parentalidade positiva para o altruísmo não é estatisticamente significativo e o caminho do altruísmo para a qualidade da amizade é estatisticamente significativo.</p> <p>A parentalidade positiva não influencia o comportamento pró-social das crianças isoladamente, mas reforça alguns outros atributos pessoais como a EI</p> <p>Conclui-se que as práticas parentais positivas vão muito longe na determinação do comportamento pró-social e das relações sociais dos descendentes até à adolescência através da melhoria da sua inteligência emocional.</p>

<p>Título - The moderating role of emotional intelligence in the association between parenting practices and academic achievement among adolescents</p> <p>Autores- Constantinos M. Kokkinos & Ekaterini Vlavianou (2019)</p> <p>País: Grécia</p>	<p>O objetivo do estudo é investigar o papel moderador do traço inteligência emocional (global e as suas dimensões) na associação entre as práticas parentais (afeto/envolvimento, controlo comportamental e psicológico) e o desempenho académico</p>	<p>Estudo observacional transversal</p>	<p>n=250 finalistas de liceu de duas escolas públicas</p> <p><u>Escalas/questionários usados:</u></p> <p>-Parenting Styles Questionnaire (PSQ) alfa de Cronbach 0,70</p> <p>- Trait Emotional Intelligence Questionnaire - Adolescent Short Form TEIQue-ASF alfa de Cronbach 0,79</p> <p>Todas as análises foram realizadas utilizando o software IBM Statistics SPSS 21.</p> <p>Testes t-test e os coeficientes de correlação de Pearson</p>	<p>Correlações positivas entre o traço inteligência e duas práticas parentais, a saber: o afeto / envolvimento e o Controlo Comportamental.</p> <p>Correlações negativas estatisticamente significativas foram observadas entre o traço IE, bem-estar, gestão de emoções e o controlo Psicológico.</p> <p>- O afeto dos pais e o controlo comportamental foram positivamente correlacionados com o traço global EI. Os adolescentes, cujos pensamentos e emoções são controlados pelos pais, tendem a relatar traços inferiores IE, expressão emocional e percepção, empatia, otimismo, autoestima e felicidade.</p>
<p>Título: Perceived Parenting Styles and Emotional Intelligence Among Adolescents in Vietnam</p> <p>Autores: Quynh-Anh N. Nguyen, Thach D. Tran, Tu-Anh Tran, T. A. Nguyen, and Jane Fisher (2020)</p> <p>País: Vietnam</p>	<p>Avaliar a associação entre estilos parentais e a inteligência emocional entre adolescentes vietnamitas.</p>	<p>Estudo observacional transversal</p>	<p>n=1593 alunos. Seleção aleatória de 9 escolas (5 em meio urbano e 4 em meio rural). Idades entre 15 e 18 anos.</p> <p><u>Escalas/questionários usados:</u></p> <p>- Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Adolescents Short Form (TEIQue-ASF). Alpha de Cronbach variou entre 0,81 a 0,87.</p> <p>- The Parental Bonding Instrument (PBI). Alpha de Cronbach variou entre 0,70 a 0,80. Foram entregues dois questionários um à mãe e outro ao pai.</p>	<p>Os resultados da regressão linear múltipla demonstram que o afeto tanto das mães como dos pais estava significativamente associados a pontuações mais elevadas de IE global e de Bem-estar, autocontrolo, emocionalidade e sociabilidade.</p> <p>A sobre-protecção das mães obteve uma correlação negativa significativa com as pontuações de inteligência emocional e bem-estar Global.</p> <p>O autoritarismo das mães foi associado negativamente às pontuações de EI e Sociabilidade Global. Esta correlação com o autoritarismo dos pais não era significativa.</p> <p>O afeto que os estudantes sentiam dos seus pais estava positivamente relacionado com a sua IE, enquanto que</p>

				o excesso de proteção e o estilo autoritário tinha impactos negativos. A IE global dos adolescentes, o bem-estar, o auto-controlo, a emocionalidade e a sociabilidade foram positivamente associados ao afeto das mães e dos pais. Os resultados indicam que uma combinação adequada de práticas parentais, com mais uso de técnicas positivas e menos uso de técnicas negativas, está associada a um perfil de aptidões emocionais adequadas na descendência. Uma combinação inadequada de práticas parentais, com mais uso de práticas negativas e menos uso de práticas positivas, está associada a um perfil caracterizado por competências emocionais deficientes.
<p>Título: Emotional Intelligence Profiles in College Students and Their Fathers' and Mothers' Parenting Practices</p> <p>Autores: Maria Cruz García Linares, Maria Villa Carpio Fernández; Maria Teresa Cerezo Rusillo;hsdf mjiljn jnhjh Pedro Félix Casanova Arias (2018)</p> <p>País: Espanha</p>	<p>O estudo tem dois objetivos: primeiro analisar se as dimensões que compõem a inteligência emocional (atenção, clareza e reparação) dão origem a diferentes perfis de estudantes universitários, e segundo, determinar se estes diferentes perfis estão associados de forma diferente às práticas parentais que os estudantes relatam em relação aos seus pais.</p>	<p>Estudo observacional transversal</p>	<p>n=300 estudantes. Amostra acidental. Média de idades de 19,9 anos.</p> <p><u>Escalas/questionários usados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de normas y exigências - Parenting Style Assessment Scale. - Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS 24) 	
<p>Título: The Influence of Family Socioeconomic Status on Primary School Students' Emotional Intelligence: The Mediating Effect of Parenting Styles and Regional Differences</p> <p>Autores: Zixiao Liu, Guohong Wu (2022)</p> <p>País: China</p>	<p>Explorar a influência do estatuto socioeconómico familiar na inteligência emocional dos alunos do ensino primário, e o papel mediador dos estilos parentais nesta influência e a diferença deste efeito na região rural de Jingzhou e na região urbana de Xangai.</p>	<p>Estudo observacional transversal</p>	<p>n= 326 alunos (180 alunos de uma escola primária em ambiente urbano, Shanghai, e 146 alunos de uma escola primária ambiente rural, Jingzhou- média de idades de 10,22 e 9,71 respetivamente)</p> <p><u>Escalas/questionários usados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qiu's Emotional Intelligence - Alpha de Cronbach variou entre 0,92. - EMBU scale Scale- Alpha de Cronbach 0,93 	<p>O primeiro nível coloca o status socioeconómico da família, e o segundo nível coloca o afeto e compreensão das mães. Os resultados da análise são os seguintes:</p> <p>Xangai - na primeira regressão de nível, O status socioeconómico da família de estudantes tem um efeito preditivo significativo na inteligência emocional, no entanto quando a segunda regressão de nível adiciona o afeto e compreensão do pai, nesse momento, o status socioeconómico da família deixa de ser significativo na previsão da inteligência emocional, e o afeto e compreensão do pai tem um efeito preditivo significativo na inteligência emocional.</p>

				<p>Jingzhou - na primeira regressão de nível, o status socioeconômico da família dos estudantes tem um efeito preditivo significativo na inteligência emocional, quando a segunda regressão de nível adiciona o afeto e compreensão do pai, o afeto e a compreensão do pai também têm um efeito preditivo significativo na inteligência emocional o que é semelhante ao dos estudantes de Xangai. A diferença é que o status socioeconômico da família nesse momento ainda é significativo na previsão da inteligência emocional. Isso mostra que o afeto e compreensão dos pais de estudantes em Jingzhou desempenham uma parte do efeito mediador na influência do status socioeconômico da família na inteligência emocional.</p> <p>Os estilos parentais que usam uma abordagem calorosa e compreensiva dos estudantes em Jingzhou desempenham um efeito mediador parcial entre o status socioeconômico da família e a inteligência emocional, enquanto o estilo de educação de afeto e compreensão dos pais dos estudantes do ensino fundamental em Xangai desempenha um efeito mediador completo no status socioeconômico da família e na inteligência emocional.</p>
<p>Título: Emotional Intelligence and Cognitive Flexibility in the Relationship Between Parenting and Subjective Well-Being</p> <p>Autores: Chih-Wen Wu; Wei-Wen Chen; Chun-Hui Jen (2020)</p> <p>País: Tailândia</p>	<p>Analisar o potencial processo através do qual dois comportamentos parentais, a saber, parentalidade democrática ou parentalidade autoritária contribui para o bem-estar subjetivo dos jovens adultos chineses</p>	<p>Estudo observacional transversal</p>	<p>439 jovens adultos Tailandeses com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos.</p> <p><u>Escalas/questionários usados:</u></p> <p>- Aplicado questionário que incluía as percepções dos participantes de comportamentos autoritários e democráticos dos seus pais e mães, bem como a flexibilidade cognitiva, inteligência emocional, satisfação de vida, e saúde mental dos participantes.</p>	<p>O caminho de comportamento parental democrático é positivo para a flexibilidade cognitiva ($\gamma = 0,38, p < 0,001$) e para a IE ($\gamma = 0,39, p < 0,001$), enquanto que o caminho de comportamento parental autoritário é negativo para a flexibilidade cognitiva ($\gamma = - 0,18, p = 0,009$) e não significativo para a inteligência emocional.</p> <p>Os caminhos diretos do comportamento parental democrático ($\beta = 0,16, p = 0,007$) e da IE ($\beta = 0,39, p < 0,001$) são ambos positivos, mas os do comportamento parental autoritário e da flexibilidade cognitiva não são significativos.</p>

			<p>- Duas subescalas Yeh e Cheng (2005) que mede as percepções das crianças adultas relativamente ao quanto os seus pais adotam comportamentos parentais democráticos ou autoritários</p> <p>- Cognitive Flexibility Scale (Martin & Rubin 1995)</p> <p>- Emotional Intelligence Scale (EIS) Alpha de Cronbach 0.88.</p> <p>- Satisfaction With Life Scale (SWLS) Alpha de Cronbach 0.87</p>	<p>Descobrimos que a parentalidade democrática pode contribuir para um maior bem-estar subjetivo através de uma melhor inteligência emocional e flexibilidade cognitiva.</p> <p>Em contraste, a parentalidade autoritária contribuiu para um bem-estar subjetivo mais baixo através de uma menor flexibilidade cognitiva.</p> <p>Uma parentalidade democrática está associada uma maior satisfação de vida e a perturbações mentais mais baixas através de uma inteligência emocional elevada.</p> <p>Em contraste, a paternidade autoritária está negativamente relacionada com a flexibilidade cognitiva e, conseqüentemente, ligações a altos níveis de perturbações mentais.</p> <p>Os resultados mostraram que a elevada característica geral da IE moderou a associação entre afeto/ envolvimento e realização linguística para toda a amostra. A análise simples da inclinação do traço IE mostrou que a um desvio padrão (SD) acima da média do traço IE, o aumento do desempenho linguístico foi significativamente associado positivamente com o afeto/envolvimento por cessante.</p> <p>A análise da moderação demonstrou que a característica global EI modera a associação entre o afeto e a realização académica em linguagem para toda a amostra.</p>
<p>Título: The relationship between parenting styles and emotional intelligence of kindergarten children</p>	<p>Investigar a relação entre os estilos parentais e a inteligência emocional de uma amostra de crianças do jardim de infância na Jordânia.</p>	<p>Estudo observacional transversal</p>	<p>100 crianças do jardim-de-infância</p> <p><u>Escalas/questionários usados:</u></p>	<p>Existe uma relação estatisticamente significativa positiva entre o estilo parental democrático e a inteligência emocional, enquanto que existe uma relação estatisticamente significativa negativa entre o estilo parental autoritário.</p>

<p>Autores: Ali Al-Elaimat, Majdi Adheisat, and Hesham Alomyan.</p> <p>País: Jordânia</p>			<p>- The emotional intelligence scale of Jarwan</p> <p>- Parenting Styles Scale</p> <p>Utilizadas correlações de Pearson</p>	<p>Estes resultados indicam que existe uma relação positiva entre o estilo parental democrático e a inteligência emocional.</p>
<p>Título: The relative contribution of parenting practices in predicting trait emotional intelligence in an Italian adolescent sample</p> <p>Autores: Maria C. Gugliandolo , Stella Mavroveli, Sebastiano Costal, Francesca Cuzzocrea e Rosalba Larcan (2019)</p> <p>País: Itália</p>	<p>Investigar simultaneamente o papel da percepção dos pré-adolescente das práticas parentais de controlo paternal e maternal (orientado para a dependência e orientado para os resultados) e das práticas parentais de apoio (apoio à autonomia, envolvimento e afeto) na previsão do traço de Inteligência emocional dos pré-adolescentes após o controlo para o género</p>	<p>Estudo observacional transversal</p>	<p>300 adolescentes entre os 11 e os 13 anos</p> <p><u>Escalas/questionários usados:</u></p> <p>- Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Child Form TEIQue-CF.</p> <p>- Perceptions of Parents Scales (POPS).</p> <p>- Dependency oriented Psychological Control Scales (DPC).</p> <p>- Achievement oriented Psychological Control Scales (APC).</p>	<p>As nossas descobertas mostraram que as percepções dos pré-adolescentes sobre as práticas parentais são significativamente preditores do traço global de IE. Especificamente, o controlo da paternidade prevê negativamente o traço IE pré-adolescente, enquanto a parentalidade compreensiva prevê positivamente a sua construção.</p>
<p>Título: Emotional intelligence of 3- to 6-year-olds and parenting style: Peer communication ability as a mediator (2019)</p> <p>Autores: Yanfeng Wang, Zhuo Li, Liqi Zhu</p> <p>País: China</p>	<p>Examinar as associações do estilo parental e da inteligência emocional das crianças, com a capacidade de comunicação entre pares, focando especialmente no papel mediador da capacidade de comunicação entre pares na relação entre o estilo parental e a inteligência emocional das crianças.</p>	<p>Estudo observacional transversal</p>	<p>n= 53 pais e 253 mães, e 139 raparigas e 167 rapazes (entre os 3 e 6 aos de idade)</p> <p><u>Escalas e questionários usados:</u></p> <p>- Escala de avaliação de inteligência emocional de do autor Li Ranran (2012) com Alpha de Cronbach 0.91, não especificado nome da escala.</p> <p>- Escala de avaliação do estilo parental com 40 itens de Yang e Yang 1998 com Alpha de Cronbach 0.89, não especificado nome da escala.</p>	<p>Encontrámos uma correlação positiva significativa entre o estilo parental e a inteligência emocional das crianças;</p> <p>Correlação significativa entre o nível de inteligência emocional das crianças e a sua capacidade de comunicação entre pares.</p> <p>A inteligência emocional das crianças pode ser melhorada através da adoção de estilos de parentalidade autorizados ou democráticos;</p> <p>A inteligência emocional das crianças de 3 a 6 anos pode ser melhorada não só através do estilo parental, mas também através da melhoria da sua capacidade de comunicação entre pares.</p>

			<p>- Escala de avaliação da capacidade de comunicação entre pares com uma escala de 24 itens de Zhang (2002) com Alpha de Cronbach 0.88, não especificado nome da escala.</p> <p>Análise correlacional</p>	
<p>Título: Impact of Caring and Overprotecting Parenting Style on Emotional Intelligence and Adjustment of School Students (2018)</p> <p>Autores: Rebeka Debbarma and Anjana Bhattacharjee</p>	<p>Descobrir o impacto dos cuidados e da proteção excessiva dos estilos parentais na inteligência emocional e no padrão de ajustamento dos alunos na escola.</p>	<p>1200 adolescentes (entre os 17 e 18 anos)</p> <p><u>Escalas e questionários usados:</u></p> <p>- Parental Bonding Instrument (PBI)</p> <p>- Mangal's Emotional Intelligence Inventory:</p> <p>- Bell's Adjustment Inventory (BAI-O):</p>	<p>Os resultados mostraram que o estilo parental carinhoso prevê uma variação de 6% na inteligência emocional ($r = .253, p < 0,01$) e o estilo parental superprotector prevê uma variação de 3,3% na inteligência emocional ($r = -.164, p < 0,01$). Aceitando assim a hipótese de existir um impacto significativo do cuidado e da proteção excessiva do estilo parental na inteligência emocional dos alunos da escola.</p>	

4. DISCUSSÃO

4.1 Estilos Parentais, Inteligência Emocional e os seus papéis mediadores

Os artigos que integram esta categoria são concordantes no que diz respeito à influência positiva que os EP têm na IE. Wang, Li, & Zhu (2019) concluem que há uma correlação positiva significativa entre o estilo parental democrático e a IE das crianças, sendo que este estilo promove o desenvolvimento da IE dos filhos e a sua motivação para a realização. O EP concretizado a partir da interação democrática com os filhos, melhora a capacidade das crianças regularem as suas emoções e as dos outros através de uma atitude respeitosa. Batool & Lewis (2020) corrobora os resultados do estudo anterior quando afirma que a parentalidade democrática parece ter significativas correlações positivas com a IE.

A responsividade dos pais está relacionada com uma IE superior nas crianças proporcionando assim uma correlação positiva entre o EP democrático e a IE.

Para além do estudo das variáveis EP e IE os artigos pertencentes a esta categoria pretendem correlacionar outras variáveis nomeadamente as competências pró sociais, descritas como comportamentos destinados a ajudar ou beneficiar outras pessoas (Eisenberg et al. 2006 citado por (Batool & Lewis, 2020)), as relações de amizade, o sucesso escolar e o status socioeconómico.

O altruísmo foi a competência social estudada por Batool & Lewis (2020). O comportamento altruísta pode definir-se como uma ação voluntária e intencional que traz benefício para outra pessoa, sem que a motivação por trás dela seja a expectativa de recompensas ou evicção de punições externas. É considerado como um comportamento prosocial de nível mais elevado do ponto de vista moral (Chou, 1998). Batool & Lewis (2020) refere que embora não haja uma influência direta entre o EP democrático e o altruísmo, o facto de o estilo parental democrático desenvolver competências emocionais na criança irá proporcionar o desenvolvimento do altruísmo como competência pró-social. Estes resultados contrariam, de acordo com os autores, outros estudos que comprovaram uma associação direta entre os estilos parentais e o altruísmo. Isto vem demonstrar que

parentalidade democrática não influencia o comportamento pró-social das crianças isoladamente, mas reforça alguns outros atributos pessoais como a IE que transporta o impacto da parentalidade para os comportamentos sociais. Quando analisado através da análise mediacional o altruísmo mostra ter uma correlação positiva moderada significativa com a qualidade da amizade (Batool & Lewis, 2020). Relativamente à amizade, os resultados demonstram que o EP democrático e a qualidade das amizades foram parcialmente mediadas pela IE (Batool & Lewis, 2020). Os autores asseguram um caminho direto entre a parentalidade democrática e a qualidade da amizade onde a IE surge com um significativo papel mediador (Batool & Lewis, 2020). A corroborar os resultados anteriores Wang, Li, & Zhu (2019) afirmam que a habilidade das crianças em comunicar com seus pares pode explicar parcialmente como o comportamento dos pais afeta a IE das crianças. Por outras palavras, a forma como os pais agem pode influenciar a inteligência emocional dos filhos, através do impacto que isso tem na capacidade das crianças em comunicar e interagir com seus colegas. Quanto maior for a capacidade de comunicação entre pares das crianças, mais elevada será a sua IE.

Assim, se consideramos que os EP promovem o desenvolvimento da IE e que a IE promove o altruísmo que por sua vez influencia as relações de amizade podemos concluir que as práticas parentais democráticas podem determinar do desenvolvimento do comportamento pró-social e das relações sociais das crianças até à adolescência através da melhoria da sua IE (Batool & Lewis, 2020).

No estudo *The moderating role of emotional intelligence in the association between parenting practices and academic achievement among adolescents*, Kokkinos & Vlavianou (2019) estuda a variável sucesso escolar, tentando aferir se existe uma associação entre as práticas parentais e o sucesso académico. Os resultados mostraram que elevados traços de IE moderaram a associação entre os estilos parentais responsáveis pelo afeto humano/envolvimento e o sucesso escolar nomeadamente na linguagem. Este resultado corrobora o estudo de Petrides & Mavroveli (2018) que refere que não devem ser feitas associações diretas entre a IE e o sucesso escolar, no entanto, assegura que a IE assume um efeito moderador no desempenho académico dependendo do nível de quociente de inteligência (QI) do aluno. Especificamente, refere que a IE tinha uma associação positiva com o desempenho académico em alunos com baixo QI, mas não em alunos com QI médio ou alto. Os pesquisadores afirmam que a IE pode ter um impacto maior no desempenho académico quando as demandas de uma situação excedem as capacidades intelectuais do

aluno. Alunos com baixo QI, em contraste com seus pares com alto QI, podem necessitar de recursos além da sua capacidade cognitiva para gerir as exigências escolares surgindo aqui a IE como uma ferramenta vantajosa (Petrides & Mavroveli, 2018).

O estudo desenvolvido por Liu & Wu (2022) pretendia explorar a influência do estatuto socioeconómico familiar na IE dos alunos do ensino primário, e o papel mediador dos estilos parentais nesta influência e a diferença deste efeito na região rural de Jingzhou e na região urbana de Xangai. Neste estudo foi realizada a análise de regressão hierárquica, utilizada para efeito de mediação entre variáveis. Inicialmente, os pesquisadores realizaram uma regressão de primeiro nível, analisando a relação direta entre o status socioeconómico familiar e a IE. Em Xangai, os resultados mostraram que o status socioeconómico familiar tem um efeito positivo e significativo na IE dos alunos. Entretanto, quando os pesquisadores realizaram uma regressão de segundo nível, adicionando o afeto e a compreensão do pai como variáveis preditoras da IE, descobriram que o status socioeconómico familiar perdia o efeito significativo na previsão da IE, enquanto que o afeto e a compreensão do pai tiveram um efeito significativo e positivo na IE dos alunos. Isso sugere que o afeto e a compreensão do pai atuam como mediadores completos na relação entre o status socioeconómico familiar e a IE dos alunos em Xangai, ou seja, a influência do status socioeconómico familiar é totalmente explicada pelo afeto e a compreensão do pai, e não diretamente pelo status socioeconômico em si.

Na escola primária de Jingzhou, a análise de regressão hierárquica seguiu o mesmo padrão, analisando inicialmente a relação entre o status socioeconómico familiar e a IE, de seguida, foram adicionados o afeto e a compreensão do pai como variáveis preditoras da IE. Os resultados mostraram que, na análise de primeiro nível, o status socioeconómico familiar tem um efeito significativo na IE. Quando a regressão de segundo nível adicionou o afeto e a compreensão do pai, descobriu-se que essas variáveis também tiveram um efeito significativo na IE, semelhante ao encontrado na escola primária de Xangai. A diferença é que o status socioeconômico familiar ainda tinha um efeito significativo na previsão da IE. Isso sugere que o afeto e a compreensão do pai atuam como mediadores parciais na relação entre o status socioeconômico familiar e a IE dos alunos em Jingzhou.

Nesta pesquisa é bem perceptível como o EP pode mediar o impacto que o status socioeconómico produz na IE, e que este fator mediador pode ser influenciado pelas questões geográficas/socioeconómicas da família.

6.1.1. Estilos parentais e a inteligência emocional

Após a avaliação dos resultados de todos os artigos selecionados o EP que foi unânime na predição de maior IE foi o estilo democrático (também designado de parentalidade positiva ou responsiva). Todos os artigos, sem exceção, concluem que o EP democrático, caracterizado pela afetividade e pelo controlo comportamental (não emocional), foi positivamente correlacionado com a IE (Al-Elaimat, Adheisat, & Alomyan, 2018; Batool & Lewis, 2020; Debbarma & Bhattacharjee, 2018; Gugliandolo, Mavroveli, Costa, Cuzzocrea, & Larcán, 2019; Kokkinos & Vlavianou, 2019; Linares, Fernández, Rusillo, & Arias, 2018; Liu & Wu, 2022; Nguyen, Tran, Tran, Nguyen, & Fisher, 2020; Wang, Li, & Zhu, 2019; Wu, Chen, & Jen, 2020). Torna-se indispensável, esclarecer que a parentalidade democrática não é uma parentalidade permissiva onde apenas a criança faz exigências, mas também não é uma parentalidade autoritária onde apenas os adultos detêm poder. É natural que os pais tenham mais poder do que as crianças, já que possuem mais conhecimento e habilidades, controlam mais recursos e têm o poder físico de movê-las e impedi-las de fazer algo que é considerado inapropriado ou perigoso. Por sua vez, o poder das crianças é influenciado pela sua capacidade de afetar positivamente ou negativamente os pais, e em última análise pela aceitação dos pais de uma obrigação em responder às suas necessidades, desejos e argumentos persuasivos. Um modelo familiar saudável é aquele em que as crianças são incentivadas a responder às exigências dos pais, e os pais aceitam a responsabilidade de responder aos pedidos e opiniões razoáveis dos filhos (Maccoby & Martin, 1983).

Apesar dos resultados confluírem para a certeza que o EP influencia a IE da criança/jovem, considero importante referir com mais detalhe algumas das conclusões apontadas pelos autores. O estudo realizado por Nguyen, Tran, Tran, Nguyen, & Fisher (2020) procurou encontrar uma associação entre as variáveis EP e IE. Estudou 1539 alunos de uma escola no Vietnã com idades entre os 15 e 18 anos e chegou à conclusão que o afeto dos progenitores, associado ao EP democrático, estava significativamente associado a pontuações mais altas do traço de IE e por conseguinte a competências relacionadas à IE, como o bem-estar, autocontrolo, emocionalidade e sociabilidade. Esta noção de maior competência de reconhecer e lidar com emoções negativas de uma forma saudável e equilibrada, ao mesmo tempo em que se cultiva emoções positivas na busca do bem-estar foi verificada no estudo de Wu, Chen, & Jen (2020), assegurando que a parentalidade democrática pode contribuir para um maior bem-estar através de uma IE e flexibilidade cognitiva mais competentes. Em

contrapartida, o EP autoritário contribui para um menor bem-estar através de uma menor flexibilidade cognitiva. Kokkinos & Vlavianou (2019) que estudou 250 finalistas de liceu de duas escolas públicas gregas confirma a relação entre o EP autoritário e o bem-estar através de correlações negativas estatisticamente significativas entre o traço de IE, bem-estar, gestão de emoções e o controlo psicológico fruto do EP autoritário. Kokkinos & Vlavianou (2019) concluiu que os adolescentes que reconhecem nos seus pais a disponibilidade para satisfazer as suas necessidades, que monitorizam a sua vida quotidiana, as suas atividades e contactos sociais tendem a relatar traços superiores de IE. A exigência e controlo de comportamento são fundamentais durante o desenvolvimento da criança com especial interesse na adolescência. Num estudo concretizado por Baumrind (1991) *The influence of parental style on adolescent competence and substance abuse* Baumrind concluiu que os filhos que crescem e num ambiente democrático apresentam menor probabilidade de ter comportamentos problemáticos que interferem com o desempenho escolar e tarefas complexas. Estes pais incentivam a autonomia, a comunicação e o alto desempenho, no entanto por serem também autênticos e comunicativos, são perçecionados pelos adolescentes como afetuosa e influente levando-os a querer reproduzir essas competências que se estendem às competências pro-sociais. Neste estudo os adolescentes alvo de práticas parentais democráticas eram altamente, maduros, resilientes e otimistas, quando comparados com os seus pares (Baumrind, 1991).

No estudo observacional realizado na Tailândia por Wu, Chen, & Jen (2020) que estudou 439 jovens adultos entre os 18 e 24 anos os autores referem que uma parentalidade democrática está associada uma maior satisfação de vida por parte dos jovens que apresentam índices de perturbações mentais mais baixas através de uma IE elevada.

No sentido de capacitar os pais para o impacto que o tipo de parentalidade tem sobre a IE dos seus filhos vários autores (Batool & Lewis, 2020; Kokkinos & Vlavianou, 2019; Wu, Chen, & Jen, 2020), referem ser necessário que os pais compreendam que os seus comportamentos parentais se relacionam com os resultados dos seus filhos em termos de ajuste mental, apontando como possíveis soluções a otimização de programas educacionais centrados na aprendizagem de competências sociais e emocionais, tais como reconhecimento, compreensão e gestão das emoções ou empatia, também defendidos por Goleman (1995), bem como programas de formação aos pais, concentrando-se nas formas como irão adotar práticas positivas que promovam o desenvolvimento da IE das crianças.

Interessa salientar a transversalidade geográfica dos resultados dos estudos analisados. A cultura de uma região ou país encerra em si as suas próprias normas e valores que a definem. Estes padrões que orientam os comportamentos de uma sociedade vão influenciar as práticas parentais e a percepção dos pais e filhos acerca dos mesmos. Apesar disso os resultados dos estudos, que englobam países em estádios de desenvolvimento económico e social distintos, confluem para a afirmação da influência positiva do EP democrático na IE e a influência negativa do EP autoritário na IE.

5. CONCLUSÃO

A realização desta Revisão integrativa permitiu-me concluir que a evidência científica atual assegura que o EP democrático influencia de forma positiva a IE, e que os estilos parentais associados a comportamentos parentais mais autoritários não produzem este efeito benéfico no desenvolvimento da IE.

Para além da associação direta dos EP na IE, importa salientar que em muitas áreas importantes para o desenvolvimento infantil, a IE assume um papel mediador indiscutível, como por exemplo nas competências sociais e sucesso escolar.

Os ambientes familiares são, como já referido o ambiente de excelência para o desenvolvimento destas competências. No entanto, por vezes, o ambiente familiar assume situações socioeconómicas difíceis de transpor. Nestes ambientes por vezes inóspitos, a promoção do papel parental torna-se crucial. Em todas as situações, mas em particular nas mais difíceis, o Enfermeiro deve assumir o papel de promotor de saúde não só da criança, mas de toda a família através da capacitação dos pais para o papel parental democrático. Ao capacitar os pais para o papel parental e ao promover a IE na criança, promovemos a saúde não só da criança, mas de toda a sua família e sociedade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegre, A. (2010). Parenting Styles and Children's Emotional Intelligence: What do We Know? *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 19(1), 56-82. doi:DOI: 10.1177/1066480710387486
- Al-Elaimat, A., Adheisat, M., & Alomyan, H. (2018). The relationship between parenting styles and emotional intelligence of kindergarten children. *Early Child Development and Care*, 190(4), 478–488. doi:doi.org/10.1080/03004430.2018.1479403
- Batool, S., & Lewis, C. (10 de Abril de 2020). Does positive parenting predict pro-social behavior and friendship quality among adolescents? Emotional intelligence as a mediator. (L. p. Springer Science+Business Media, Ed.) *Current Psychology*, 41, 1997–2011. doi:https://doi.org/10.1007/s12144-020-00719-y
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. (W. o. Child Development, Ed.) 37(4). doi:https://doi.org/10.2307/1126611
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Development in early childhood*. doi:https://psycnet.apa.org/record/1967-05780-001
- Baumrind, D. (Fevereiro de 1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. (S. Publications, Ed.) *Journal of early adolescence*, 11(1), 56-95. doi:doi.org/10.1177/02724316911111004
- Brazelton, T. B. (1995). *O grande livro da criança* (Vol. 7º Edição). Editorial Presença.
- Chou, K.-L. (1998). Effects of Age, Gender, and Participation in Volunteer Activities on the Altruistic Behavior of Chinese Adolescents. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 159(2), 195-201. doi:DOI:10.1080/00221329809596145
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 103(3), 487-496. doi:doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487

- Debbarma, R., & Bhattacharjee, A. (2018). Impact of Caring and Overprotecting Parenting Style on Emotional Intelligence and Adjustment of School Students. *Journal of Psychosocial Research*, *13*(1), 91-100. doi:DOI: 10.32381/JPR.2018.13.01.10
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional. A teoria revolucionaria que redefine o que é ser inteligente*. Brasil: Objetivaa.
- Gugliandolo, M., Mavroveli, S., Costa, S., Cuzzocrea, F., & Larcan, R. (2019). The relative contribution of parenting practices in predicting trait emotional intelligence in an Italian adolescent sample. *British Journal of Developmental Psychology*, *37*, 585–599. doi:DOI:10.1111/bjdp.12299
- Kokkinos, C., & Vlavianou, E. (2019). The moderating role of emotional intelligence in the association between parenting practices and academic achievement among adolescents. *Current Psychology*, *40*, 4333–4347. doi:https://doi.org/10.1007/s12144-019-00343-5
- Linares, M., Fernández, M., Rusillo, M., & Arias, P. (2018). Emotional Intelligence Profiles in College Students and Their Fathers' and Mothers' Parenting Practices. *Journal of Adult Development*, *25*, 242–250. doi:https://doi.org/10.1007/s10804-018-9286-0
- Liu, Z., & Wu, G. (2022). The Influence of Family Socioeconomic Status on Primary School Students' Emotional Intelligence: The Mediating Effect of Parenting Styles and Regional Differences. *Front. Psychol.*, *13*. doi:doi.org/10.3389/fpsyg.2022.753774
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Em P. Mussen, *Handbook of child psychology* (Vol. 4, pp. 2-101). USA: John Wiley & Sons, inc.
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. *Texto Contexto Enferm*, *17*(4), 758-764. doi:https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71411240017
- Nguyen, Q.-A., Tran, T., Tran, T.-A., Nguyen, T., & Fisher, J. (2020). Perceived Parenting Styles and Emotional Intelligence Among Adolescents in Vietnam. *The Family*

- Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 28(4), 441-454.
doi:DOI: 10.1177/1066480719896558
- Papalia, D., Feldman, R. D., & Olds, S. W. (2001). *O Mundo da Criança* (Vol. 8º Edição). MC Graw Hill.
- Petrides, K., & Mavroveli, S. (2018). Theory and Applications of Trait Emotional Intelligence. *PSYCHOLOGY*, 23(1), 24-36. doi:<https://psychometriclab.com/wp-content/uploads/2021/05/Psychology-trait-EI-2018.pdf>
- Reticena, K., Yabushi, V., Gomes, M., Siqueira, L., Abreu, F., & Fracoli, L. (2019). Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27. doi:DOI: 10.1590/1518-8345.3031.3213
- Rodríguez, M., Donovanick, M., & Crowley, S. (2009). Parenting Styles in a Cultural Context: Observations of “Protective Parenting” in First-Generation Latinos. *Family Process*, 48(2). doi:10.1111/j.1545-5300.2009.01277.x
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. 9(3), pp. 185-211. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *einstein*, 8, 102-106.
- Wang, Y., Li, Z., & Zhu, L. (2019). Emotional intelligence of 3- to 6-year-olds and parenting style: Peer communication ability as a mediator. *Social Behavior and Personality*, 47(12). doi:<https://doi.org/10.2224/sbp.8636>
- Wu, C.-W., Chen, W.-W., & Jen, C.-H. (2020). Emotional Intelligence and Cognitive Flexibility in the Relationship Between Parenting and Subjective Well-Being. *Journal of Adult Development*, 28, 106–115. doi:<https://doi.org/10.1007/s10804-020-09357-x>