



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**DA PARENTALIDADE...
PARA UMA CRIANÇA MAIS SAUDÁVEL E FELIZ**

**Apresentado ao Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem**

Maria de Fátima de Sousa Barros

Porto, Abril de 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**DA PARENTALIDADE...
PARA UMA CRIANÇA MAIS SAUDÁVEL E FELIZ**

**Apresentado ao Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem**

Maria de Fátima de Sousa Barros

Orientado por: Mestre M^a Clara Braga

Porto, Abril de 2012

RESUMO

Hoje, mais do que nunca, o percurso acadêmico e profissional dos enfermeiros desempenha um papel preponderante nas instituições prestadoras de cuidados, uma vez que todo o processo de aquisição de competências se reflete na qualidade dos cuidados. Assim, o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, pelo conhecimento amplo e alargado sobre as respostas da criança aos processos de transição inerentes ao seu ciclo vital bem como dos problemas de saúde reais ou potenciais, pode assumir-se como um elemento perito na conceção e na gestão de cuidados à criança/família, contribuindo para a sua excelência. O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e pretende apresentar as experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas durante o percurso de estágio, bem como refletir sobre o processo de desenvolvimento das competências, demonstrando o empenho e dedicação investidos. O estágio dividiu-se em três módulos: Módulo I – Saúde Infantil; Módulo II – Medicina e Cirurgia Pediátrica e Módulo III – Urgência Pediátrica e Neonatologia e apresentou como objetivos centrais a aquisição de conhecimentos e sua aplicação em contextos especializados, no sentido da resolução de problemas em situações novas e não familiares, bem como a sua integração com vista a lidar com questões complexas e desenvolver soluções e ser capaz de comunicar as conclusões de forma clara e sem ambiguidades. Para tal foi necessário enumerar alguns objetivos que favoreceram e orientaram a minha aprendizagem. Neste processo de desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada à criança/família tive em conta quatro domínios: prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação, áreas fundamentais a desenvolver para um pleno desempenho profissional. Na elaboração do presente relatório utilizei uma metodologia descritiva e reflexiva, com recurso a pesquisa bibliográfica para fundamentar as ideias expostas com evidência científica, efetuando um enquadramento teórico acerca das diferentes problemáticas. Valorizei, nos vários domínios, a questão da parentalidade como temática central e transversal em toda a minha trajetória, uma vez que considero ser um tema fulcral da prática de enfermagem em saúde infantil e pediatria. De uma forma mais concreta penso ter atingido os objetivos propostos e as competências enunciadas, através de um saber agir responsável e assertivo, sustentado por uma reflexão crítica constante. Deste modo, e sempre impulsionada pela procura de uma prestação de cuidados de excelência, sustentada em base científica, pretendo ser capaz de responder aos desafios emergentes que são colocados continuamente aos enfermeiros que cuidam da criança/família.

Palavras-chave: enfermagem, competências, criança/família, parentalidade.

ABSTRACT

Today, more than ever, the nurse's academic and professional route plays a predominant role in the health institutions, once that the acquisition process of competences is reflected in the quality of cares. There for, the specialized nurse in the pediatric care, due to their broad and extended knowledge about the children's transition process during the vital cycle, as well as about the real or potential health problems, can be seen as an expert element in the conception and management of the cares provided to the child/family, contributing to its excellence.

The present report urges under the Master's degree in Nursing with specialization in Pediatrics and Child health Nursing, and it pretends to present the experiences and activities developed during the internship course, as well as to reflect about the competence development process, showing the commitment and dedication invested.

The internship was divided in three modules: Module I – Child health; Module II – Medicine and Pediatric Surgery and Module III – Pediatric Urgency and Neonatology. Its main objectives were the acquisition of knowledge and its application in specialized contexts, towards solving problems in a new and unfamiliar situations, as well as its integration in order to deal with complex issues and developing solutions and been able to communicate the findings dearly and unambiguously.

For such it was necessary to enumerate some objectives that favored and guided my learning. In this process of developing skills for advanced nursing assistance to child/family I had in mind four areas: provision of care, care management, training and research, all this key areas to develop for a full professional performance.

In preparing this report I used a descriptive and reflective methodology, using bibliographic search to substantiate the ideas with scientific evidence, making a theoretical framework about the different problematics. I valorized, in multiple domains, the point of parenting as a central thematic and cross cutting across my path, since I consider it to be a central theme of child health nursing practice and Pediatrics. In a more concrete form I think I have reached the proposed objectives and skills, due to a knowing act responsible and assertive, sustained in a constant critical reflection. In this way, and always driven by a demand for excellence provision of care, based on scientific basis, I pretend to be able to respond to all the emerging challenges that are made continuously to nurses who care for children/family.

Keywords: nursing, skills, child/family, parenting.

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
APSI – Associação para a Promoção de Segurança Infantil
BSI – Boletim de Saúde Individual
CAJ – Centro de Atendimento a Jovens
CEP – Curso de Educação Parental
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral de Saúde
EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
ELI – Equipa Local de Intervenção
HPH – Hospital Pedro Hispano
OBS – Sala de Observação
PaedCTAS - Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RN – Recém-nascido
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SIC – Segundo informação do cliente
SU – Serviço de Urgência
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos
USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

	Folha
0 – NOTA INTRODUTÓRIA	7
1 – AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	9
1.1 – Prestação de cuidados	10
1.2 – Gestão de cuidados	40
1.3 – Formação.....	43
1.4 – Investigação.....	50
2 – ANÁLISE CONCLUSIVA	55
3 – BIBLIOGRAFIA	57
4 – ANEXOS	63
Anexo I – Atividades desenvolvidas (Consulta de Saúde Infantil e Juvenil)	64
Anexo II – Vacinação.....	66
Anexo III – Focos de atenção (triagem).....	68
Anexo IV – Ação de Educação para a Saúde a pais	70
Anexo V – Avaliação da sessão do Curso de Educação Parental.....	93
Anexo VI – Ação de Educação para a Saúde em contexto escolar.....	96
Anexo VII – Atividade I PASSEzinho.....	107
Anexo VIII – Avaliação da Sessão de Intervenção Escolar.....	109
Anexo IX – Protocolo da Sacarose.....	111
Anexo X – Formação de pares: “Proteção Social na Parentalidade”.....	113
Anexo XI – Planeamento da formação de pares	118
Anexo XII – Plano de integração dos profissionais na UCC.....	135

0 – NOTA INTRODUTÓRIA

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (EESIP) utiliza um modelo conceptual centrado na criança e na sua família, encarando esta díade como alvo central dos seus cuidados. A assistência especializada é realizada em qualquer contexto em que a díade se encontre, trabalhando em parceria com a mesma, e com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde possível.

As solicitações a que os profissionais que contactam com a criança/família são sujeitos, diariamente, quer a nível de conhecimentos científicos e técnicos, quer a nível humano e relacional, levam a que seja cada vez mais urgente uma formação especializada. Neste sentido, e pela necessidade de preparação para uma vida profissional mais especializada, surge o estágio respetivo ao Módulo I, II e III inserido no Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Horizonte, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Matosinhos, Serviço de Pediatria e Neonatologia do Hospital Pedro Hispano (HPH) e no Serviço de Urgência Pediátrica do Porto (SUP), respetivamente, num total de 540 horas presenciais, decorrido entre o período de 27 de Abril de 2011 a 31 de Janeiro de 2012. É certo que, desde cedo se torna imperativo conciliar o conhecimento teórico com o conhecimento prático, tendo por base a realidade do desempenho de competências especializadas nesta área tão nobre, pelo que neste momento académico revela-se primordial uma preparação mais afinçada, com consolidação de conhecimentos e uma prática mais autónoma, elaborada e merecedora de reconhecimento.

Neste âmbito, realizo o presente relatório final de estágio, um documento reflexivo, que me foi proposto, para que, em associação com a minha prestação prática, funcione como componente da avaliação do meu percurso de formação.

Associados à concretização deste relatório, tenho como propósitos:

- Refletir sistematicamente sobre as experiencias vivenciadas;
- Analisar criticamente as atividades desenvolvidas;
- Ilustrar o percurso de aprendizagem;
- Refletir sobre o processo de desenvolvimento das competências.

Relativamente à organização do presente relatório procurei agrupar, na essência do trabalho, as competências por quatro domínios distintos onde a cada grupo faço corresponder as diferentes competências, o objetivo delineado para as alcançar e as atividades que concretizam esse mesmo objetivo. Assim, será utilizada uma metodologia descritiva e reflexiva, uma vez que em cada um desses domínios faço uma reflexão crítica, abordando os aspetos mais pertinentes do meu percurso como aluna. Aqui, tento transmitir de uma forma clara e objetiva as emoções, as aprendizagens, o significado das experiências que vivenciei: onde revelo a postura adotada em relação a esta oportunidade que vivi e que desde já posso caracterizar como extraordinária.

Será valorizada, nos vários domínios, a questão da parentalidade como temática central e transversal em toda a minha trajetória, uma vez que considero ser um tema fulcral da nossa prática. Com o intuito de destacar esta mesma temática, ao longo de todo o documento procuro salientar a minha atuação através de uma caixa de texto a negrito e palavras em *bold*, de forma a ressaltar os aspetos mais pertinentes e que me conduziram ao atingimento de um objectivo fulcral: a promoção da parentalidade. Sendo este foco de atenção uma condição permanente a partir do momento em que a ela se acede está, simultaneamente, em constante mudança: o nascimento e cada estágio do desenvolvimento das crianças exige aos pais uma adaptação dos seus sentimentos, comportamentos, expectativas e preocupações. Neste sentido a nossa intervenção, como enfermeiros, assume-se como essencial para uma transição saudável, intervindo no processo de aprendizagem de novos conhecimentos, competências e habilidades, de forma a contribuir para uma vivência saudável e feliz da criança.

É meu objetivo, a nível pessoal, o alargamento de conhecimentos de forma a poder apresentar uma postura mais correta, capaz e competente possível no desenrolar da atividade especializada; é, então, esse o primordial intuito que me rege e comanda no trabalho que apresentarei, iniciando-o tal como iniciei este percurso: com curiosidade, vontade de aprender, vontade de ajudar, apoiar, de proporcionar o melhor possível a quem presto cuidados, abertura à experiência e, principalmente, uma profunda necessidade de dar o meu melhor.

1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Considero que o EESIP deve possuir habilidades que o pode tornar num elemento perito na conceção e na gestão de cuidados à criança/família, uma vez que é detentor de um conhecimento mais amplo e alargado sobre as respostas da criança quer aos processos do ciclo vital, quer aos problemas de saúde. Por conseguinte, será capaz de responder e implementar soluções tendo em conta toda esta problemática, de forma adequada, atendendo às necessidades, elaborando diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções, bem como avaliando todo este processo.

Ao enfermeiro especialista é-lhe reconhecida *“a competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (Dec. Lei nº 161/96 de 4 de Setembro). No fundo, esta competência, segundo Lopes & Nunes (1995), pode ser encarada como *“um conjunto de saberes ligados à formação inicial de base e à experiência adquirida ao longo do tempo de forma empírica e que é mobilizada numa situação concreta”*. Desta forma, o desempenho do enfermeiro especialista requer um sólido conhecimento teórico e uma proficiente utilização clínica desse conhecimento, conferindo assim competência nessa área, o que favorece o desenvolvimento profissional do enfermeiro e facilita a investigação de novas dimensões do cuidar.

Para o alcance destas competências surge a necessidade de delinear o percurso a efetuar, com vista ao seu atingimento. Assim, a elaboração de objetivos e atividades que concretizem esses mesmos objetivos torna-se premente, de forma a guiar-nos para o alcance das competências. O estágio apresentava como objetivos a atingir:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem;
- Saber aplicar os meus conhecimentos e a minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria;
- 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;

- Ser capaz de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências que me permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

Tendo em conta o planeamento do estágio, foram definidas pela Universidade 29 competências que, já em projeto, foram estruturadas por quatro domínios essenciais: prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação.

Esta organização proporciona, assim, uma melhor compreensão do percurso efetuado, clarificando todo o trabalho, ou seja, todo o processo de ensino-aprendizagem que me conduziu a uma formação superior: ser enfermeira especialista nesta área que considero tão nobre e fascinante.

1.1 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A principal atividade dos enfermeiros remete-se para a prestação de cuidados. Atendendo que a mesma se insere num contexto de crescente complexidade e exigência, revela-se premente a implementação, nos contextos de trabalho, de uma verdadeira cultura reflexiva, que por sua vez fomente uma prática cada vez mais refletida que possibilite inovar e atribuir um novo sentido aos cuidados, com o intuito de obtermos melhores cuidados, potenciando a sua continuidade e, conseqüente, excelência dos mesmos. Assim, a nível de prestação de cuidados especializados, o enfermeiro especialista assume-se como o profissional mais competente para, na área de saúde infantil e pediatria, prestar cuidados de excelência à criança/família, com o intuito de promover os melhores níveis possíveis de saúde e desenvolvimento dos seus clientes.

A nível deste domínio, direcionei a minha prestação de cuidados para a promoção da parentalidade, atuando constantemente no sentido de capacitar os pais para revelarem as suas aptidões e competências e adquirirem novas, de forma a serem capazes de uma prestação de cuidados que satisfaça as necessidades da criança.

Competências a desenvolver

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

- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.

Objetivo

Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional dos diferentes contextos de estágio.

Atividades

- Consultei toda a documentação importante das unidades, como as normas e protocolos;
- Identifiquei os diferentes métodos de trabalho;
- Observei a articulação da equipa multidisciplinar;
- Integrei-me na equipa multidisciplinar;
- Conheci a articulação das unidades com outros serviços e instituições.

REFLEXÃO CRÍTICA

A assistência de enfermagem à criança/família baseia-se na premissa de promover em cada criança as condições de saúde mais satisfatórias possíveis. Consiste, por isso, na prevenção de doenças ou lesões, no seu tratamento e reabilitação quando já instaladas, na proteção e assistência das crianças e na manutenção da sua saúde, com o intuito de obter e manter um melhor nível de saúde e desenvolvimento possíveis. Assim, independentemente de onde os enfermeiros de saúde infantil e pediatria atuem, a sua principal preocupação será o máximo bem-estar da criança e da sua família. Para que tal situação seja possível, torna-se crucial uma melhor compreensão do funcionamento do serviço, da sua estrutura, ou seja, torna-se fundamental o conhecimento e integração no serviço e equipa multidisciplinar de forma a construir um percurso desenvolvimental com o mínimo de obstáculos possíveis. Em todos os contextos, a receção e a integração deram-se de imediato e, deste modo, a adaptação foi facilitada, o que acabou por constituir uma mais-valia no desempenho enquanto aluna estagiária.

O conhecimento e a adaptação a cada uma das realidades praticadas nos diferentes módulos de estágio, através de uma conduta mais atenta à estrutura funcional das unidades, o seu funcionamento, consulta de normas, práticas de atuação e protocolos foram essenciais para o desenvolvimento de uma aprendizagem eficaz e valorativa. Ao longo do tempo essa compreensão foi-se verificando o que conduziu a uma prestação de cuidados cada vez mais autónoma e independente.

Numa etapa inicial, o conhecimento das unidades bem como a identificação do método de trabalho, a forma como os enfermeiros geriam e praticavam os cuidados à criança/família, a forma de organização e articulação com outros serviços e instituições (através de referenciações, contactos telefónicos), facilitou a apreensão que considerei necessária para uma melhor integração na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

A identificação dos diferentes métodos de trabalho foi essencial para a concretização do estágio com sucesso. No serviço de neonatologia e pediatria o método em prática é o de enfermeiro responsável que tem a seu encargo a responsabilidade pelo planeamento dos cuidados a prestar a uma ou mais crianças, durante toda a permanência no serviço, de forma a manter a continuidade dos cuidados. Está patente, também, o método de enfermeira de referência, cabendo a estes elementos a supervisão e avaliação dos cuidados, bem como, a responsabilidade pela sua continuidade. No SUP, os enfermeiros organizam-se por equipas onde existe em cada um coordenador, o elemento especialista e mais experiente, e a restante equipa com elementos mais e menos experientes. Em cada turno, os elementos são distribuídos pelas diferentes áreas: triagem, pequena cirurgia, OBS e gabinetes, de acordo com a sua experiência e capacidade de resposta em cada local, havendo sempre o cuidado da rotatividade. Na USF Horizonte o método em prática é o de enfermeiro de família que tem a seu encargo a responsabilidade pela prestação dos cuidados a várias famílias (distribuídas por enfermeiro/médico de família) de forma a manter a continuidade dos cuidados. Este método é uma mais-valia no sentido que o enfermeiro tem um conhecimento holístico do indivíduo, da sua família, bem como toda a sua situação envolvente, sendo capaz de uma prestação de cuidados personalizada e efetiva (não é um trabalho por tarefa). Na UCC, no âmbito do Projeto Bem-Me-Quer, o método de trabalho consiste na referenciação por parte da equipa multidisciplinar. Por conseguinte, importa abordar que esta referenciação nem sempre é efetuada o que conduz a que muitos pais não sejam incluídos no projeto (curso de massagem infantil e de educação parental) por desconhecimento. Este facto conduziu-me a tomar a iniciativa, no sentido de ser criativo na resolução de problemas, ao refletir com a enfermeira tutora no sentido de incentivar e alertar a equipa (em reuniões de serviço e em formação destinada a este tema) para a importância e necessidade desta referenciação.

Desta forma, incentivei para um aumento das referenciações, o que conduziu a um acréscimo do número de pais a frequentarem os cursos, e por sua vez a um aumento de pais melhor preparados para a parentalidade. Segundo um estudo de Benzies et al (2008) citado por Lopes, Catarino e Dixe (2010) os cursos de educação parental fomentam as competências dos pais no acompanhamento do desenvolvimento da criança, aumentando a sua sensibilidade às solicitações da mesma.

Ao adaptar-me ao funcionamento das unidades, fui sendo capaz de, progressivamente, me integrar na equipa, agindo como um elemento da mesma: fui observando e conhecendo a forma com a equipa se organiza entre si, a forma como se articula com outras unidades e instituições (hospitais, escolas, instituições de apoio social e educativo, através de referenciações e visitas presenciais). Com este conhecimento a minha capacidade para agir ficou mais facilitada, conseguindo com mais facilidade agilizar a prestação de cuidados necessária. Por outro lado, esta visão mais afinçada e detalhada permitiu-me ser capaz de

atuar perante situações desconhecidas, resolver problemas e tomar iniciativa: abordei um caso de uma mãe em que o marido estava a trabalhar em Espanha e que apenas tinha a sogra como apoio, contudo esta maltratava-a verbalmente e não a deixava aceder ao dinheiro que o marido lhe deixava. Encontrava-se a passar fome (segundo a mesma) e sem capacidade psicológica para cuidar da filha. Através dos meios que tinha disponíveis (enfermeira tutora, assistente social, enfermeira de família, médico), propus uma reunião para debater a situação e auxiliar a mãe de acordo com as suas necessidades.

Com o conhecimento da dinâmica e organização da unidade de saúde fui capaz de intervir na situação complexa referida, auxiliando a mãe na resolução do seu problema, gerador de stress. Cruz (2005), refere que “quanto maior o número de fatores de stress (...) menor a probabilidade de as mães se mostrarem apoiantes e responsivas na interação com os filhos”. Ao intervir, a mãe ficou mais capaz e disponível para o papel parental, o que favorecerá o desenvolvimento saudável e feliz da criança.

Uma visão mais afinçada do serviço de neonatologia permitiu, de igual forma, que conseguisse atuar perante situações inesperadas como o caso de um RN (recém-nascido) com uma bradicardia sustentada. Na primeira vez que tal situação acontece, como atuar? O que fazer? Qual o material necessário? Qual a sua localização? O conhecimento prévio destas respostas facilitou, sem dúvida, a minha intervenção/colaboração no sentido de responder e reverter o acontecimento. Por outro lado, num caso em que um RN foi admitido na unidade, vindo de outra instituição, enquanto que a mãe se mantinha na instituição onde decorreu o parto durante mais quatro dias e era premente que esse RN iniciasse alimentação com leite materno. Mas a ausência e a distância da mãe impossibilitava tal intervenção. Desta forma tomei a iniciativa de abordar o pai e, telefonicamente, conversei com a mãe no sentido de extrair leite materno e ser, posteriormente, transportado pelo pai numa geleira de forma a ser administrado ao RN.

A minha atuação fomentou a integração os pais nos cuidados ao seu filho, de forma a constituírem parte integrante dos mesmos, estimulando o papel parental, e a se tornarem capazes, de progressivamente, cuidarem da criança, baseado no seu melhor interesse. Ao negociar os cuidados com os pais, eles sentem-se envolvidos e mais confiantes quanto às suas capacidades, tomam decisões partilhadas, o que facilita a manutenção dos laços familiares (Jorge, 2004).

Competências a desenvolver

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Objetivo

Desenvolver competências e habilidades relativas à assistência especializada à criança/família, em diferentes contextos, utilizando o processo de enfermagem.

Atividades

- Demonstrei conhecimentos teóricos e integrei-os na prática;
- Identifiquei necessidades, planeei, implementei e avaliei as intervenções de acordo com os resultados (tendo em conta o processo de enfermagem);
- Identifiquei o processo de admissão, transferência, alta e acompanhamento;
- Realizei 29 consultas de saúde infantil e juvenil;
- Efetuei 80 triagens,
- Realizei 1 diagnóstico precoce;
- Realizei 22 vacinações a crianças;
- Efetuei 3 visitas domiciliares;
- Furneci informações/explicações à família/criança sobre dados importantes da condição de saúde/internamento/desenvolvimento da criança, de acordo com a situação e compreensão/desenvolvimento da mesma;
- Atuei de acordo com uma visão global e sistemática da criança;
- Atuei de acordo com as necessidades específicas e individuais da criança/família;
- Atendi, na assistência à criança, sobre o foco dor e segurança;
- Identifiquei situações de potencial risco e encaminhei de acordo com a necessidade de intervenção de outros profissionais;
- Fiz pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar, consolidar, adquirir e mobilizar conhecimentos;
- Efetuei os respetivos registos de enfermagem no sistema CIPE/SAPE; Sinus; Boletim Individual de Saúde da criança (BSI) e Boletim de Vacinas;
- Desenvolvi estratégias de educação para a saúde de acordo com as necessidades detetadas.

REFLEXÃO CRÍTICA

Cabe ao enfermeiro assistir a criança/família e assumi-la como vetor central de atuação, demonstrando confiança, competência e qualidade técnica, humana e relacional, uma vez que toda esta panóplia de competências influenciará o tipo de ambiente, de ligação, de afetividade/emotividade e reação que, sem dúvida, estarão presentes durante todos os contactos com os enfermeiros.

A minha atuação enquanto enfermeira e tendo em vista a assistência especializada à criança/família foi-se desenvolvendo ao longo deste percurso e comportou inúmeras situações. Usufruí de um vasto leque de experiências, prestando cuidados, em 29 consultas de vigilância, desde os RN até adolescentes de 17 anos (Anexo I). Efetuei 22 vacinações a crianças, em diferentes faixas etárias (Anexo II), bem como realizei os respetivos ensinamentos sobre o que estava a administrar, quais as doenças contras as quais a criança iria ficar protegida; possíveis reações e data da próxima vacinação (com o respetiva marcação para que os pais não se esquecessem); realizei um diagnóstico precoce e efetuei três visitas domiciliares. A nível hospitalar tive contacto com RN que necessitavam de cuidados intermédios e outros de cuidados intensivos, RN prematuros, com 28 semanas até RN de termo, com 41 semanas, o que se tornou propício à aprendizagem. Em contexto de SU, foram inúmeras as crianças que assisti, desde RN até adolescentes com 18 anos, inclusive, com uma panóplia distinta de patologias e situações adversas (Anexo III). Neste âmbito efetuei 80 triagens. A nível de internamento de pediatria posso afirmar que as situações do foro médico mais comuns com que me deparei neste serviço se reportam a crianças com bronquiolite, pneumonia, síndrome de dificuldade respiratória, otite, febre, vômitos, diarreia, gastroenterite, infeção do trato urinário, pielonefrite, meningite vírica, bacteriemia oculta, neutropenia, icterícia neonatal e prematuridade. Mais raramente contactei com crianças com doença crónica, como a diabetes, criança com um Síndrome de Guillain - Barré e criança com história de convulsões. Do foro cirúrgico, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem quer no pré, quer no pós-operatório a crianças submetidas a cirurgia por patologias ortopédicas, de urologia e de otorrino.

A assistência à criança deve assentar na premissa de promover em cada delas as condições de saúde mais satisfatórias possíveis, pelo que se revela essencial a avaliação dos vários estádios do desenvolvimento com o intuito de detetar algum atraso ou avaliar possíveis sinais de alarme, através de uma visão global e sistemática da criança, de forma a instituir uma intervenção adequada. Em contexto de cuidados de saúde primários (CSP) a avaliação do crescimento/desenvolvimento da criança foi realizada de forma estruturada e mensurada por um instrumento de avaliação (guia orientador da consulta da Unidade Local de Saúde de Matosinhos – ULSM). Neste âmbito é premente a existência de conhecimento especializado bem como a capacidade para estabelecer uma comunicação com a família, funcionando em

parceria no que concerne aos comportamentos a adotar para a promoção do desenvolvimento da criança.

No sentido da promoção da parentalidade, para o desenvolvimento adequado da criança, fui capaz de potenciar a relação entre a família (pais/filhos) com uma postura empática, compreensiva, flexível e não prescritiva. Assim, contribuo, igualmente, para a promoção do desenvolvimento infantil, uma vez que ajudo “a criança, em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Nas consultas que efetuei tive a oportunidade de proporcionar aos pais cuidados antecipatórios, procurando informá-los sobre os comportamentos e desenvolvimento de competências que são esperados para uma determinada faixa etária. Para além disso mostrei-me sempre disponível para esclarecer qualquer dúvida que os pais e/ou criança pudessem manifestar no momento da consulta. Esta intervenção de enfermagem exigiu de mim um esforço adicional no sentido de compreender toda a evolução do ciclo vital, estando preparada para responder a cada situação que surgisse, bem como a realização de ensinamentos pertinentes para cada situação, quer aos pais, quer à criança, atuando de acordo com as necessidades individuais de cada criança/família. Neste sentido, houve necessidade de relembrar os conhecimentos adquiridos em teoria e integrá-los na prática e aprofundar novos conhecimentos através de pesquisa bibliográfica, demonstrando assim um nível aprofundado de conhecimentos nesta área. A realização da consulta foi de facto uma atividade que me cativou pela necessidade de abordagem completa e global da criança, atendendo a parâmetros motores, cognitivos, físicos, intelectuais. Se foi fácil? Inicialmente não. Conseguir avaliar todos os parâmetros, em simultâneo, foi complicado mas ao longo do tempo fui criando um esquema mental que me facilitou o desempenho. A consulta de uma criança com um mês foi a consulta que desenvolvi com mais facilidade, pela minha prática, havendo apenas necessidade de mobilizar e gerir saberes provenientes da minha formação e prática profissional.

O devido esclarecimento e o fornecimento de informação adequada e antecipatória sensibiliza os pais para interpretar e responderem às necessidades da criança, aspetos fundamentais para o desempenho da parentalidade. A informação é, assim, um fator importante na capacidade da família se adaptar, dando algum controlo sobre a situação, reduzindo sentimentos de incerteza e ansiedade (Reis, 2007).

Em contexto de internamento muitas foram as admissões de crianças/família efetuadas onde realizei o devido acolhimento, preparando quer a criança quer a família para a hospitalização. É um cuidado premente e com um peso determinante, sendo crucial todo o apoio, informação e esclarecimento que se pode prestar de forma a minimizar o stress que a

criança e pais vivenciam. Para além de todo o processo de admissão e do seu acompanhamento durante o percurso de evolução de saúde, fui planeando desde o início do internamento o regresso para o domicílio, com os respetivos cuidados domiciliários. Cheguei a refletir sobre a precocidade desta preparação no caso de RN prematuros. Seria coerente esta preparação desde o início do internamento quando o RN e os próprios pais ainda teriam um longo caminho a percorrer? Depois de refletir cheguei à conclusão que sim, que faz todo o sentido, desde que a RN prematuro esteja estável e em fase de recuperação. Os pais devem ser envolvidos, pouco a pouco, nos cuidados a prestar ao seu filho, de forma a sentirem-se parte integrante no processo de tratamento e recuperação, promovendo o seu desenvolvimento (Amaral, 2009) e, conseqüentemente, se sintam mais confiantes, autónomos e mais seguros no processo de cuidar. A este nível, no envolvimento, foi detetada uma potencial situação de risco que nos conduziu a uma abordagem mais atenta e minuciosa em relação aos pais. A situação foi discutida com os mesmos e orientamos a condição com a enfermeira de família e assistente social no que concerne ao facto de ser uma mãe que se tinha acabado de divorciar, com um défice de compreensão, com pouca capacidade para cuidar do filho (também assumido pela mesma) e sem qualquer apoio familiar. Desta forma creio ter abordado da melhor forma, juntamente com a enfermeira tutora, esta questão que considero deveras complexa.

Sendo o acolhimento "uma atitude que promove a confiança dos pais na equipa..." (Jorge, 2004), facilita a nossa proximidade e intervenção enquanto profissionais. Consegui, assim, atuar junto da família, no sentido de fomentar o papel parental, capacitando-os para os cuidados e motivando-os para a promoção das suas competências. A preparação para o regresso ao domicílio facilitou, igualmente esta promoção para que os pais conseguissem responder às necessidades globais da criança.

A identificação e compreensão do processo de transferência e acompanhamento (no RN prematuro, por exemplo) e a sua execução foram, igualmente, essenciais para uma prestação de cuidados de excelência. Tendo em conta o decorrer do internamento, foi-me possível implementar desde o momento de admissão o processo de enfermagem com a identificação de diagnósticos, planeamento de intervenções e sua implementação, avaliação dos cuidados, respetivos registos e conseqüente passagem de turno.

Em contexto de SUP, sempre que chamava uma criança/familiar para o gabinete de triagem convidava-os a entrar e a sentarem-se, apresentando-me. Após proporcionar as melhores condições possíveis para o atendimento, assegurando a privacidade e confidencialidade, dirigia-me sempre à criança, fazendo uma avaliação global e imediata acerca da sua condição, a sua aparência, enquanto a mesma relatava o motivo da sua vinda

ao SUP. Se a criança não fosse capaz de o fazer solicitava essa explicação ao familiar/acompanhante, com vista à colheita de dados detalhada quanto aos sinais e sintomas, início, aspetos que agravam a situação, terapêutica administrada, entre outros, de forma a *“estabelecer prioridades quanto ao atendimento dos doentes e regularizar o fluxo dos mesmo (...) assegurando como prioridade que aos doentes mais graves seja proporcionado tratamento rápido, eficaz e eficiente segundo o princípio da humanização”* (Amaral, 2008). Só desta forma era possível tomar uma decisão fundamentada, atribuindo uma classificação no atendimento com base no esquema adaptado do Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (PaedCTAS), mesmo quando a escala de triagem não ia ao encontro das necessidades reais e prioridades da criança. No final de cada triagem tive sempre o cuidado de explicar qual o significado da cor atribuída, funcionamento do sistema, os procedimentos que se seguiam, bem como as diferentes possibilidades, encaminhando para a sala de espera ou gabinete próprio.

Mesmo após a explicação, e após serem encaminhados para as respetivas salas, os familiares recorriam, novamente, e com frequência ao gabinete de triagem procurando respostas para o facto de já estarem à espera há muito tempo e também pelo facto do seu filho *“ter sido passado à frente por outras crianças que chegaram depois”*. Durante todo o estágio esta foi, constantemente, uma questão complexa que tive de abordar e de enfrentar, tentando sempre gerir este conflito através da comunicação. Posso afirmar que na maioria dos casos tive sucesso, no entanto outros familiares continuavam a não compreender e a não aceitar esta forma de triagem.

No entanto, durante a assistência especializada, nem tudo corre como planeado e por vezes surgem situações imprevistas e complexas com as quais temos de lidar e reagir. Durante uma consulta a uma adolescente de 13 anos, de forma a garantir a sua privacidade, solicitei que a mãe saísse da sala após a consulta com o intuito de ficar sozinha com a criança, mas a mãe recusou-se. Um pouco exaltada, a mãe referiu que sabia perfeitamente quais os assuntos que iria abordar e que a sua filha era muito nova para ouvir *“essas coisas”* e não autorizava. Fiquei sem saber como reagir. Com calma e clareza eu e a enfermeira tutora falamos abertamente com a mãe sobre a importância da abordagem da sexualidade e a pertinência de abordar o tema nestas idades, para além de salientar o facto de que tal temática deve ser incluída nesta consulta, como abordam as orientações técnicas do Programa – Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005). A mãe durante a conversa só referia: *“a minha filha é uma criança, não precisa disso”* e continuou a recusar deixá-la sozinha. A mãe e a criança saíram da consulta, com um agendamento de um novo contacto. Que outras atitudes poderíamos ter tomado? Será que aquela mãe compreenderá as implicações da sua atitude? Estará aquela adolescente sem informação? Foram questões que fui levantando ao longo do tempo e que me fizeram refletir sobre a prática. Considerando os pais como o principal grupo de apoio emocional que serve de suporte ao indivíduo e pela função socializadora que lhe é

inerente, cabe também a estes abordar a temática e responder às questões que os filhos colocam (Sousa, 2000). O papel dos pais como educadores deve ser de compreensão e ensino, de modo que os jovens desenvolvam harmoniosamente a sua sexualidade (Sousa, 2000). Contudo, os pais são soberanos nas decisões que tomam em relação aos filhos, pelo que como profissionais de saúde devemos respeitá-las e aceitá-las, independentemente da nossa posição e opinião, uma vez que *“compete aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, prover ao seu sustento, dirigir a sua educação, representá-los (...)”* e *“os filhos devem obediência aos pais (...)”* (Dec. Lei nº 496/77 de 25 de Novembro) para além do facto de que o *“consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.”* (Lei nº 59/07 de 4 de Setembro). De facto, apesar de considerar premente a abordagem da temática da sexualidade, como enfermeira, impera a escolha da mãe em relação à não abordagem da mesma com a adolescente, pelo que tal decisão foi considerada. A reacção da mãe foi contudo por mim refletida. É imperativo realizar uma boa colheita de dados e conhecer a família em questão para verificar que tipo de apoio e de informação necessitam para o seu livre e esclarecido exercício do papel parental.

Presenciei várias situações em que a vontade de amamentar se sobrepunha à capacidade da mãe para o fazer. Uma mãe marcou-me especialmente, porque a sua vontade era mesmo assinalada, de forma que amamentava de hora a hora, principalmente durante a noite. A mãe mostrava-se realmente exausta e referia-o, dizendo mesmo que o seu filho tinha “uma fome desmedida” e era um “glutão”. Os mamilos encontravam-se com fissuras, pelo que as queixas eram mais significativas, mas queria continuar a amamentar, apesar de dizer que esta situação estava a conduzi-la a uma depressão. Após ponderação e tomando uma decisão fundamentada abordei mais uma questão complexa: sugeri que durante uma mamada oferecesse leite artificial (de forma a “descansar” os mamilos) e que nas mamadas seguintes após a amamentação se o filho manifestasse sinais de fome voltasse a dar leite artificial como suplemento. A mãe ponderou e voltou a referir que queria muito amamentar, contudo foi reforçado a ideia de que não deixaria de amamentar e provavelmente o bebé poderia não precisar de leite artificial durante mais tempo (a exaustão estava a inibir a saída de leite). O certo é que a mãe aceitou a sugestão e passado uma semana, quando a encontrei no CEP (curso de educação parental), apresentava-se com outro aspeto, mais alegre, referindo que a vida como mãe “levou uma viravolta”.

Ao proporcionar à mãe as condições necessárias para o seu desempenho materno, fornecendo sugestões, apoiando e dialogando, no sentido de ultrapassar o obstáculo, mesmo que contrariem a sua ideia inicial, tornei possível um melhor desempenho da parentalidade (diminuindo a sua ansiedade, preocupação e exaustão) e, conseqüentemente, contribuí para que a criança satisfizesse as suas necessidades de

fome, tornando-se mais saudável. A intervenção proporcionou à mãe “conhecimentos e saberes, de forma que minimizem e eliminem fatores negativos, para ultrapassar o processo de transição e viver a parentalidade em pleno” (Reis, 2011).

Assim, prestei cuidados e colaborei de forma direta e participativa com as enfermeiras tutoras e restante equipa nos cuidados especializados à criança/família, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem. Assisti a criança/família, tendo sempre em conta o plano de cuidados utilizando o processo de enfermagem. Planeei e prestei cuidados com base na identificação de necessidades, em diagnósticos de enfermagem, intervenções, necessidades individuais e familiares e condição de saúde da criança, com posterior avaliação e registo em sistema CIPE/SAPE, Sinus, BSI da criança e boletim de vacinas.

Um dos aspetos, durante o percurso de aprendizagem, que valorizei foi a questão da segurança infantil. Segundo o relatório de avaliação da APSI (2007) os acidentes rodoviários continuam a ser a maior causa de morte e incapacidade permanente em crianças e adolescentes em Portugal, sendo a causa direta de cerca de 50% do número total de mortes até aos 12 anos. Mais afirma que a utilização de um sistema de retenção para crianças (cadeirinha), adequado e bem instalado, reduz a ocorrência de morte ou ferimentos graves em crianças, entre 60% e 95%, mas que apesar do aumento da utilização dos sistemas metade deles ainda são mal utilizados e têm erros graves, que podem reduzir substancialmente o nível de proteção. Mesmo assim chegam até nós crianças que não se encontram corretamente colocadas nas cadeirinhas. O que fazer? Continuar a sensibilizar os pais para esta problemática real e bem presente. Dar a conhecer estes dados, bem como transmitir a informação adequada sobre o correto uso das cadeirinhas. Esta foi uma prática diária, durante o estágio, no sentido de averiguar a forma como as crianças são colocadas nas cadeirinhas, bem como avaliar os conhecimentos dos pais e suas habilidades.

Por outro lado, a avaliação da dor e do conforto da criança também constituíram focos da minha atenção, uma vez que são aspetos cruciais a ter em conta em qualquer contexto de prestação de cuidados. Esta avaliação deve ser sistemática e assertiva, para que possa mudar algumas atitudes e comportamentos da nossa parte, bem como implementar estratégias que a possam prevenir ou minimizar. Em neonatologia foi, por isso, essencial reconhecer que o RN sente dor e que no RN prematuro as respostas são menos marcadas, pelo que devemos atender aos mais leves sinais como o choro, caretas mais suaves, postura flácida ou sem reação, hipotonia (Batalha, 2010). Por conseguinte, foram usadas por mim inúmeras estratégias não farmacológicas, sempre com um intuito específico de confortar o máximo possível e atendendo à idade e condição da criança: posicionamento (posição fetal); envolvimento; contenção; redução da estimulação ambiental (ruído, luz); conforto tátil

(abraçar, aninhar, toque firme), massagem; sucção não nutritiva; sacarose (com protocolo da instituição) e farmacológicas, no sentido de minimizar ou até evitar a dor.

No SUP senti mais dificuldade na aplicação destas medidas. A equipa está sensibilizada para a dor quando presente, mas penso que a prevenção está descurada. Assim, tentei sempre que possível aplicar as medidas não farmacológicas, nas diferentes faixas etárias, aquando da minha prestação de cuidados, sensibilizando os pares para esta temática.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), a visitação domiciliária é, em saúde infantil, uma estratégia a valorizar desde o nascimento e ao longo de todo o processo de desenvolvimento da criança. Neste sentido procurei ter a experiência desta mesma visitação, o que enriqueceu a minha aprendizagem, uma vez que percebi o papel preponderante da nossa intervenção em contexto domiciliário.

Através da visitação domiciliária proporcionamos aos pais a colaboração e acompanhamento necessários para a aquisição e aperfeiçoamento de comportamentos parentais adequados, facilitando a transição e desenvolvimento da parentalidade. Por outro lado, tal como evidenciou Long et al (2001) e Heaman, Chalmers & Woodgate (2006) nos seus estudos, a visitação domiciliária constitui uma estratégia de implementação com resultados positivos na parentalidade, também encarada pelos próprios pais, uma vez que há redução do nível de ansiedade e de depressão.

As três experiências que vivenciei foram bastante distintas. Fiz visitação domiciliária a um RN com cinco dias de vida, onde efetuei o diagnóstico precoce, avaliação do peso, das habilidades da mãe no âmbito da amamentação e desinfeção do coto umbilical, bem como procedi ao esclarecimento de todas as dúvidas por parte dos pais; visitei uma outra criança com paralisia cerebral, cuja situação familiar foi referenciada por exaustão do cuidador e má condição sócio-económica (onde agilizamos apoios no sentido de apoiar a mãe cuidadora, de forma a não comprometer o desenvolvimento da criança) e ainda tive a oportunidade de visitar uma família com uma criança com atraso de desenvolvimento, detetado pela enfermeira de família e por ela referenciada. Este último caso foi uma visitação domiciliária conjunta com a educadora, no sentido de compreendermos a estimulação efetuada, bem como a evolução da criança desde o início do acompanhamento.

Durante a prestação de cuidados, tive como intencionalidade atender à questão da parentalidade. Foi uma temática constante, com vista a uma transição saudável e à adaptação e desempenho da parentalidade: o apoio, atenção, dedicação, compreensão, a preparação para o desempenho do papel parental, foram intervenções contínuas. O fornecimento de informações/explicações à família sobre dados importantes da condição de saúde, crescimento e desenvolvimento da criança de acordo com a situação

e compreensão da mesma, revelou-se essencial para o sucesso neste âmbito. Assim, sei que trabalhei no sentido de capacitar os pais para o papel parental, contribuindo para que o seu filho seja o mais saudável e feliz possível.

No sentido de conseguir atender a todas as necessidades individuais e de responder a todas as solicitações, senti necessidade de aprofundar alguns conhecimentos e adquirir novos, com base em pesquisa bibliográfica, muitas vezes até para esclarecer assuntos e matérias simples, mas que suscitavam algum tipo de dúvidas, como o caso por exemplo da administração da sacarose, cuidados com a pele do RN prematuro, alimentação parentérica, os cuidados a ter com um cateter umbilical e epicutâneo, bem como determinadas patologias que surgiam durante os contextos de estágio. No fundo, a pesquisa e a mobilização de conhecimentos permitiu tomar decisões fundamentadas, de acordo com as evidências científicas.

Competências 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 e relacionais com a criança/família.

Atividades

- Abordei a criança/família de acordo com o seu nível de desenvolvimento, escolaridade, crenças, valores e cultura;
- Mostrei abertura, disponibilidade, iniciativa e compreensão;
- Escutei ativamente e fui empática;
- Adequiei a linguagem de acordo com cada situação;
- Promovi a parceria e desenvolvi competências no processo de cuidar;
- Facilitei a comunicação expressiva de emoções da criança/família;
- Furneci informações de acordo com as necessidades manifestadas e detetadas, acerca do funcionamento e procedimento do serviço;
- Acolhi de forma cordial e compreensiva, apresentando-me sempre;
- Assegurei confidencialidade e privacidade;
- Evitei juízos de valor e interrupções durante a comunicação;
- Geri conflitos.

A comunicação com a criança/família foi um dos aspetos valorizados por mim neste percurso. Foi, certamente, uma competência que trabalhei com afinco e com a qual tive sucesso, uma vez que me considero uma pessoa com capacidade comunicativa e com facilidade em estabelecer relações. Estabelecer uma comunicação eficaz durante a assistência à criança/família é a chave para o sucesso da intervenção de enfermagem, onde é necessário constituir uma relação de confiança, pelo que complementa a nossa prática, possibilitando a satisfação das necessidades da criança/família.

Ao nível da comunicação fui atendendo a aspetos que considero prementes e essenciais para que a mesma se estabeleça e seja eficaz: fiz um acolhimento compreensivo e cordial, apresentando-me como enfermeira e como aluna em formação, o que permitiu uma abertura do canal de comunicação, principalmente num primeiro contacto. Para além disso, o proporcionar abertura, disponibilidade, iniciativa e compreensão, bem como assegurar a privacidade e confidencialidade foram aspetos que contribuíram para o sucesso de uma comunicação efetiva e conseqüente relação terapêutica.

Ao comunicar com a criança, mas principalmente com os pais, essencial em toda a prestação de cuidados, tive como fundamento a troca de informações, explicações e esclarecimento de dúvidas dando a possibilidade de discutirem os seus sentimentos e tensões, tal como considera Phaneuf (2005), e de os encorajar a resolver os seus próprios problemas.

Os pais, cada vez mais informados, buscam também informação, cada vez mais detalhada e completa e, para meu espanto, utilizando cada vez mais termos técnicos usados habitualmente pelos profissionais de saúde, o que constitui, para nós, um maior desafio. Em todos os contextos, mas principalmente a nível do CEP e SUP, senti uma maior necessidade de fornecer explicações constantes, de justificar as intervenções, de sugerir alternativas a comportamentos já adotados (negociando com os pais o processo de cuidar), de explicar o funcionamento e procedimentos do serviço, de mostrar que me preocupava com a criança e sua condição e com as preocupações e ansiedade por parte dos pais. Assim, os pais sentiam que ali estava um profissional com quem podiam contar e que procuravam sempre que necessário. Mesmo assim, tornou-se necessário gerir, por exemplo, alguns conflitos entre pais no sentido de os fazer perceber, mais uma vez, qual o funcionamento do SUP e qual a razão das diferenças do tempo de atendimento. De facto, a comunicação eficaz revelou-se premente nestas situações. Desta forma, os cuidados de saúde enfatizaram a comunicação, estabelecendo uma interação com os pais adequado ao seu nível cultural e ao seu estado emocional, de modo a permitir uma troca de informação adequada, eficaz, clara e concisa, a fim de não agravar a ansiedade já existente. Assim, mantive-me sempre acessível e informada

relativamente aos temas centrais da parentalidade, principais preocupações dos pais e condição da criança para esclarecer e clarificar dúvidas e conseqüentemente tranquilizá-los.

Neste sentido, ao estabelecer uma comunicação bidirecional e eficaz, os pais acabaram por se mostrar confiantes na relação estabelecida, permitindo perceber quais as suas expectativas, medos e dúvidas. Ao comunicar, compreendi os pais e com maior facilidade estabeleci “uma relação de confiança e proximidade de modo a possibilitar a identificação de necessidades, planeamento de cuidados e intervenção” (Soares, 2008). Desta forma, consegui satisfazer as suas necessidades e, conseqüentemente, torná-los conscientes da sua capacidade e preparação para o papel parental.

De facto, os pais com uma maior e melhor informação são capazes de expressarem de forma mais eficaz as suas necessidades, ou seja, a capacidade de expressarem as suas necessidades e a sensibilidade dos enfermeiros em identificar as necessidades dos pais são dois fatores extremamente importantes no estabelecimento de uma comunicação eficaz e específica (Corlett & Twycross, 2006).

Para tal usei sistematicamente uma linguagem compreensível, adequada ao nível de desenvolvimento e escolaridade e que me aproximasse à criança/família. Evitei, constantemente, juízos de valor e interrupções durante a prestação de cuidados, considerando com respeito todos os comentários, preocupações e ansiedades por parte dos pais ou da criança. A escuta activa também se revelou importante, para que se sentissem confortáveis na verbalização dessas mesmas preocupações/dúvidas, o que foi auxiliado, por vezes, com o toque e mesmo com o silêncio que permitia aos pais “ordenar os seus pensamentos e sentimentos e procurar respostas para as perguntas” (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006). A partir daí a relação fica estabelecida, uma vez que se facilita a comunicação expressiva de emoções. Por conseguinte, posso mesmo afirmar que consegui desenvolver e aplicar, com sucesso, as técnicas de comunicação necessárias, de acordo com as diferentes situações.

Toda esta comunicação se torna, assim, essencial para apoiar na transição, manutenção e desenvolvimento da parentalidade, na medida em que os pais passam a lidar com as situações de forma mais equilibrada, controlando melhor as suas reações, tal como evidencia Faquinello, Higarashi & Marcon (2007).

Foi sobretudo no SUP que me deparei com dificuldade em comunicar com a criança/família, conquistar a sua confiança, minimizar-lhe os medos e ao mesmo tempo conhecer e identificar as necessidades de informação e fazer a gestão de emoções num momento de crise, como é a situação de doença aguda. Pela dinâmica e característica do serviço senti dificuldade em estar mais próximo da criança/família, de promover momento de

reflexão e apoio ou simplesmente de “estar ali” para aquela família. Muitas vezes tal não era possível, porque havia muitas crianças e muitas famílias na mesma situação. Contudo, sei que dei o meu melhor tentando aproveitar cada momento para estabelecer uma relação com a criança/família, para comunicar com eles.

Em contexto de comunicação com os adolescentes foram usadas diferentes estratégias de comunicação, o que constituiu um verdadeiro desafio, uma vez que as estratégias utilizadas nas crianças não podem ou não devem ser usadas no jovem adolescente. Assim promovi sempre um ambiente acolhedor e de privacidade, demonstrei disponibilidade para ouvi-los, dando espaço para falar procurando, assim, estabelecer comunicação e relação. A confidencialidade revelou-se aqui preponderante, uma vez que o adolescente só recorre novamente ao serviço (em caso do Centro de Atendimento a Jovens – CAJ -, por exemplo) se este valor estiver salvaguardado (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Por outro lado, nas consultas aquando da saída dos pais da sala, o adolescente, após assegurada esta confidencialidade acaba por se sentir mais à vontade. Um outro aspeto que importa ressaltar é a direção da comunicação (não só para o adolescente, mas também para as crianças mais novas): o dirigir as questões diretamente à criança, mesmo na presença dos pais, o que me levou a ganhar mais confiança por parte da mesma, sentindo-se responsável pelas suas ações, comportamentos e, conseqüentemente, pela sua saúde e desenvolvimento. Quando havia alguma dificuldade nesta comunicação, que existia principalmente quando abordava temas como sexualidade, dirigia a entrevista para questões mais informais como hábitos de lazer, escola, amigos, estabelecendo previamente um clima de confiança. Somente quando este estava estabelecido, avançava para as questões de âmbito mais íntimo.

Em neonatologia, a comunicação com o RN tornou-se um verdadeiro desafio. Considerando-se que os RN não verbalizam, os seus sinais não-verbais precisam ser decodificados de forma a identificar e interpretar as suas necessidades (dor, desconforto, fome, necessidade de afago ou outras alterações do estado de saúde). Não é fácil, pelo que por inúmeras vezes, as intervenções foram constantes, repetidas e alternadas terminando somente aquando da satisfação do RN.

Ao desenvolver as atividades elencadas demonstrei, assim, conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Competências a desenvolver

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.

Objetivo

Promover a Parentalidade.

Atividades

- Avaliei o desenvolvimento da Parentalidade;
- Apoiei na transição para a Parentalidade – de forma a orientar para uma transição saudável;
- Promovi habilidades de apoio e estimulação do papel parental;
- Valorizei os conhecimentos e competências dos pais;
- Promovi e valorizei o envolvimento do pai;
- Promovi a vinculação;
- Minimizei fatores stressantes quer da família, quer da criança;
- Ajudei os pais na conciliação dos diferentes papéis;
- Identifiquei distúrbios da Parentalidade;
- Solicitei a intervenção de outros profissionais de saúde quando necessário;
- Forneci informação, constante, sobre as necessidades manifestadas e detetadas;
- Minimizei o impacto da hospitalização;
- Preparei para o regresso ao domicílio;
- Forneci material de consulta, para reforçar informações;
- Promovi, em todas as situações, o aleitamento materno;
- Acompanhei os pais no cantinho da amamentação;
- Assisti e intervim ativamente nas sessões de educação parental e massagem infantil;
- Realizei uma sessão de educação de saúde para pais no âmbito da parentalidade: estimulação do desenvolvimento da criança;
- Informar os pais acerca da legislação de apoio à criança e à parentalidade;
- Proporcionei momentos de partilha.

REFLEXÃO CRÍTICA

A transição para a parentalidade é uma das mais comuns transições desenvolvimentais (Schumacher & Meleis, 1994) com que as famílias se deparam ao longo de toda a sua vida. Embora as transições desencadeiem alterações na vida das pessoas e tenham implicações relevantes na sua saúde e bem-estar (Schumacher & Meleis, 1994), tornar-se pais é uma transição notoriamente especial, diferente e crítica, uma vez que é algo que permanece ao longo de toda a sua existência, é irreversível, e o seu sucesso comporta implicações não só para os pais mas também para a saúde e o próprio desenvolvimento dos filhos (Mercer, Ferketich & DeJoseph, 1993), o que no fundo distingue a parentalidade de outras transições. Com o nascimento de um filho, uma mudança no estado de saúde e mesmo com o seu próprio desenvolvimento há um período de mudança e de adaptação a uma nova situação. Marca uma nova etapa na vida da familiar, implicando mudanças de perspetivas, reorganização familiar e

um aumento de responsabilidades. O nascimento de um bebê, em especial do primeiro filho, é um grande impacto, logo, o processo de transição para a parentalidade com as alterações dos papéis familiares e o aumento das responsabilidades implicam muitas vezes momentos de tensão familiar. Se, por um lado o nascimento de um filho surge como uma crise, as alterações ao longo do ciclo vital da criança e o momento da hospitalização, exige igualmente uma adaptação à parentalidade.

Para promover a adaptação à parentalidade, os pais precisam de assumir comportamentos e habilidades para lidar com as mudanças e com o desequilíbrio da nova etapa. Lopes et al (2005) afirmam mesmo que as *“mudanças exigem da família uma necessidade de se ajustar, reorganizar, consolidar, adaptar e estabelecer novos padrões de comportamento, de forma a conseguir ultrapassar o acontecimento de uma forma saudável”*.

Neste sentido, a transição e a adaptação ao novo momento (ao nascimento do filho, à adaptação aos novos papéis e conciliação dos já existentes, às alterações comuns do desenvolvimento da criança, à hospitalização), que emerge como uma crise, surge como um conceito central na prática de enfermagem, na medida em que as mudanças vivenciadas pelos indivíduos possam ser de tal forma intensas que justifiquem a intervenção de terceiros, no sentido de orientar, apoiar, preparar para a mudança e prevenir os efeitos negativos, pelo que os enfermeiros estão numa posição privilegiada para prestar este tipo de cuidado de enfermagem.

O nascimento de um filho traz por vezes sentimentos de tristeza, culpa e ao mesmo tempo receio de não ser capaz de desempenhar o papel parental. Tais sentimentos são exacerbados quando se trata de um RN prematuro. *“Para os pais de um RN pré-termo, o processo evolucionário da parentalidade é interrompido, e os pais são de alguma maneira tão prematuros quanto os seus bebés ”* (Lawhon, 2002). O nascimento de um RN prematuro, pequeno e frágil vem desfazer todo o sonho de filho imaginado até ao momento, um filho ideal. Estas vivências criam ansiedade, angústia, depressão e stress o que, por vezes, pode levar ao afastamento entre os pais e o recém-nascido, dos pais com a restante família ou até mesmo entre o casal. É nesta fase crítica que atuei, no sentido de ajudar os pais a ultrapassarem esta fase difícil, apoiando para uma transição saudável. Assim, proporcionei apoio emocional e orientei os pais nos cuidados à criança, valorizando as suas atitudes e habilidades de modo a proporcionar igualmente um ambiente que promovesse o desenvolvimento do filho, tornando-os cada vez mais capazes no seu cuidar – no **desenvolvimento do papel parental**. A utilização de um discurso fundamentado facilitou a integração da informação por parte dos pais, bem como o seu desempenho. Ao lidar com esta questão complexa, promovi momentos de partilha com outros pais (quer durante as sessões do CEP, quer em contexto de

neonatologia), no sentido de refletirem conjuntamente e os pais com mais experiência relataram a forma como lidaram e ultrapassaram os obstáculos.

Os recém-nascidos prematuros/doentes são, frequentemente, separados dos pais imediatamente após o nascimento, dificultando assim a ligação e a interação pais/filho. A este nível, a promoção desta ligação e interação tornou-se fundamental, fomentando deste modo a vinculação, dando ênfase ao método canguru, através do contacto pele a pele quer com a mãe, quer com o pai, que acarreta vantagens notórias não só no estabelecimento do vínculo afetivo, como num melhor desenvolvimento do RN, diminuição da necessidade de incubadora; alta mais precoce; aumento da segurança dos pais e estímulo do aleitamento materno (Lamy et al, 2005). É no estabelecimento de uma **relação de vinculação** que se assegura a sobrevivência da criança, dando início ao percurso da transição para a parentalidade (Reis, 2011).

Meleis et al (2000) referem que o envolvimento é influenciado pela tomada de consciência e sem esta não poderá haver envolvimento, pelo que tentei, ao máximo, consciencializar os pais para a realidade envolvente, para a realidade de serem pais de um bebé prematuro/filho doente, para o desenvolvimento natural da criança, motivando um envolvimento gradual, de acordo com as capacidades e vontades dos mesmos. Assim quanto mais envolvidos estivessem os pais, mais facilmente se adaptariam à nova realidade e fariam uma transição mais saudável. Por outro lado, o devido acolhimento, o estabelecimento de um ambiente acolhedor, o fornecimento de informações de acordo com as necessidades manifestadas pelos pais/crianças e por mim detetadas, a comunicação eficaz, a atenção e a compreensão (diminuí os fatores de stress), permitiram minimizar o impacto da hospitalização da criança/família, promovendo o seu envolvimento nos cuidados. Por sua vez, a presença dos pais e um envolvimento mais seguro e confiante, que ia sendo alcançado ao minimizar este impacto da hospitalização, contribuía para o máximo de bem-estar e conforto da criança, pois tal como afirma Jorge (2004) a equipa de enfermagem passaria a *“relacionar-se com uma criança mais calma e segura porque tem a mãe junto dela”*, diminuindo igualmente, para a criança, o impacto de tudo o que acarreta um internamento/hospitalização.

Desde o início do internamento/admissão preparei a criança/família para o regresso ao domicílio. Os pais foram sendo envolvidos, de forma gradual, nos cuidados a prestar ao RN/criança, de forma a sentirem-se parte integrante no processo de tratamento e recuperação. Assim, foram adquirindo conhecimentos e habilidades em áreas tão importantes como o desempenho do papel parental, amamentação, para além dos cuidados necessários relacionados com o motivo de internamento/recorrência ao SU, que aumentaram a confiança e a capacidade de assumir toda a responsabilidade no domicílio.

Trabalhar o papel parental e promover o seu desenvolvimento foi uma intervenção de enfermagem presente durante todo este percurso. Consegui demonstrar aos pais que a

intencionalidade de cada gesto era uma vitória, que conseguir mudar uma fralda era um sucesso, que conseguir amamentar, acalmar um bebé com cólicas ou ajudá-lo a ultrapassar o processo de hospitalização era um acontecimento notável. Em cada novo contacto os pais mostravam-se mais confiantes, autónomos e capazes. Assim, foi premente uma avaliação constante do desenvolvimento da parentalidade, no sentido de reajustar qualquer intervenção, indo de encontro não só as necessidades, mas também as dificuldades observadas.

Neste âmbito surgiram muitas dificuldades, por parte dos pais, que foram sendo ultrapassadas, e foi possível detetar pequenos distúrbios na capacidade para ao papel parental (recordo o caso de uma criança com um mês que, quando integrou pela primeira vez as sessões de massagem infantil, apresentava um choro gritado constante e com sinais francos de desidratação ou uma mãe que se tinha acabado de divorciar, com um défice de compreensão, com pouca capacidade para cuidar do filho, também assumido pela mesma, e sem qualquer apoio familiar). Cada situação foi abordada de forma atenta e minuciosa: foi discutida com os pais, no sentido de percebermos qual a situação efetiva, com os enfermeiros responsáveis e tentou-se orientar a condição com a enfermeira de família e assistente social. Posteriormente tive a oportunidade de avaliar a adequação da nossa intervenção pelo contacto com a enfermeira de família e assistente social.

A promoção do aleitamento materno também constituiu um marco neste percurso. É, de facto, uma área em que me sinto completamente à vontade e sinto que posso marcar a diferença pela minha prática. Este apoio a nível da amamentação condiciona e condicionará a vinculação, o envolvimento da mãe (Bosi & Machado, 2005) e, conseqüentemente, a parentalidade. Para algumas mães a amamentação pode constituir mais um factor de stress (Arantes, 1995), por isso penso poder afirmar que a minha intervenção foi essencial em todo o estágio: apoio na adaptação ao seio, na realização de uma pega eficaz; na estimulação da criança, na resolução que alguns obstáculos que podem surgir como o ingurgitamento mamário, extração manual ou mecânica de leite e, conseqüentemente, o apoio para uma ingestão nutricional adequada por parte da criança.

Um outro aspeto que necessito de ressaltar e com a qual me deparei nesta transição para a parentalidade por parte de algumas famílias é o facto de sermos preponderantes no auxílio da conciliação de papéis. Muitas vezes, os pais vivem conflitos familiares que perturbam o desempenho da parentalidade (Pinto, 2008). São inúmeros os pais que referem que não conseguem lidar com a pressão das sogras e das mães (que afirmam saber o que é melhor para os netos e não os pais, chegando mesmo a contradizer a posição dos profissionais de saúde). Aqui revela-se importante informar os pais que a comunicação é o melhor método para resolver os problemas e que devem tentar explicar, sem ferir suscetibilidades, que são eles os pais e que têm de desempenhar este papel o melhor que sabem e que podem. Por outro lado,

os pais que se encontram no internamento têm que se mediar entre o papel de pais, da criança doente e das crianças que ficam em casa, e o papel de esposa/marido, “mulher de casa” e trabalhador (a). Desta forma, é premente informar os pais sobre os seus direitos na proteção social da parentalidade (Dec. Lei n.º 91 /2009, de 9 de Abril) e ajudá-los a conciliar estes papéis: motiva-los, por exemplo, a irem um pouco a casa, enquanto nós garantimos a assistência total ao seu filho no internamento.

O encorajamento dos pais na **gestão** dos seus **papéis** enquanto cuidadores da criança e a colaboração na resolução dos seus problemas, tendo em conta as dificuldades expressas e detetadas, facilitou a adaptação e desenvolvimento da parentalidade. De facto, é premente conhecer os diferentes papéis e dinâmicas, identificar fatores de stress e incompatibilidades entre papéis no sentido de negociar com os pais, encorajar os papéis complementares, reduzindo a stress e tensão familiar e promovendo o estado de saúde da criança e família (Soares, 2008).

Pensar na parentalidade é apoiar os pais a ultrapassarem os seus obstáculos de uma forma o mais saudável e menos traumática possível. A participação nas sessões de massagem infantil e de educação parental permitiu-me criar um “espaço” para o debate, partilha, esclarecimento de dúvidas, estimulação do papel parental e treino de habilidades, que iam para além do objetivo inicialmente proposto para as sessões. Assim, conduzi a uma **parentalidade mais segura**, mais ponderada, dando condições aos pais, conhecimentos, habilidades no sentido de os capacitar para o **desempenho dos papéis parentais**, ou seja, proporcionei conhecimentos e saberes, de forma a minimizarem/eliminarem os obstáculos, para ultrapassarem o processo de transição e vivenciem a parentalidade em pleno. O fornecimento de material para consulta (panfletos elaborados pela ULSM), como a indicação de bibliografia adequada para as diversas dúvidas revelou-se uma estratégia fundamental de apoio à parentalidade.

Ao detetar necessidades de conhecimento, no âmbito dos CSP, pelas questões colocadas, acerca da estimulação do desenvolvimento da criança, como fazer?, que brincadeiras usar?, quando usar determinado material?, quando é que a criança é capaz de determinada tarefa? e tendo sido dada a oportunidade de intervir ativamente no projeto Bem-Me-Quer, realizei uma ação de educação para a saúde neste âmbito, intitulada de “Estimulação do desenvolvimento – A importância do Brincar” (Anexo IV). Este tema é de especial importância, no âmbito da promoção da parentalidade, emergindo como primordial na estimulação e desenvolvimento da criança: através da brincadeira a criança vai aprender, descobrir o mundo e vai adquirir conhecimento sobre como lidar com os objetos, tempo, espaço, estruturas e pessoas. Para além disso, a criança ao brincar vai ser capaz de aprender sobre si mesma e como responder ao mundo envolvente. *“Brincar é o trabalho da criança. Ao*

brincar, ela continuamente pratica o processo complicado e stressante de viver, de se comunicar e de alcançar relacionamentos satisfatórios com outras pessoas” (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006). Com a implementação da sessão consegui, esclarecer os pais sendo capaz, em simultâneo, de **capacitá-los para uma atuação mais adequada a cada etapa de desenvolvimento**, bem como fomentar o desenvolvimento salutar da criança. Intervir a este nível foi um contributo para a minha aprendizagem, não só pela experiência que usufruí, mas pelo que fui capaz de transmitir e aprender e pelo momento de partilha que se desenvolveu (Anexo V). De facto, foi uma sessão bastante positiva, com a participação de oito formandos (seis mães, dois pais e seis bebés) em que os objetivos foram atingidos na plenitude, na medida em que os pais tiveram oportunidade de aprender nova informação, reforçar a que já detinham, assim como suprir as dúvidas que possuíam. De uma forma global houve apreensão do conhecimento, contudo a maior dificuldade residiu na integração e interligação das diferentes tarefas que dizem respeito a cada faixa etária. Para colmatar esta dificuldade, no contacto seguinte à apresentação, realizei uma pequena revisão da temática, no sentido de focalizar esta questão e garantir aprendizagens significativas.

A nível das consultas e diferentes sessões e a que fui assistindo, senti cada vez mais a necessidade de salientar a importância do envolvimento do pai, não só pela relevância das sessões, mas pela preparação e desenvolvimento da parentalidade que aqueles momentos proporcionavam. Segundo Reis (2011), “ *o apoio recíproco e o bem-estar dos pais possibilitam o crescimento e desenvolvimento do bebé*”. Esta preparação/desenvolvimento devia, de facto, ser praticada em conjunto, de forma a apoiarem-se mutuamente nas dificuldades e nos momentos felizes que surgem com o desempenho do papel parental, o que é reforçado quando Reis (2011) afirma que “ *os pais são os mais habilitados para o estabelecimento dos vínculos da parentalidade, quando ambos cuidam do seu filho (...) Eles são os mais aptos, apesar de por vezes necessitarem de auxílio para aprender essas mesmas aptidões*”. Este envolvimento é igualmente essencial nos restantes contextos, não só a nível de internamento, mas também em contexto de urgência, pelo que foi incentivado de forma constante.

Inserido no projeto da promoção da parentalidade, tive a oportunidade de programar visitas domiciliárias de acordo com as dificuldades manifestadas por parte dos pais. A assistência do enfermeiro aquando da presença dos obstáculos por eles sentidos, como a questão da amamentação, da higiene, do alívio das cólicas, revelou-se fundamental para uma maior segurança e diminuição da ansiedade. Consequentemente ao reduzir estes fatores de stress, os pais tornam-se mais capazes para enfrentar os problemas de forma mais independente. Aqui importa salientar o facto de que na promoção da parentalidade o importante não é substituir os pais e solucionar o problema por eles, mas sim apoiá-los e torná-los capazes de resolverem ou minimizarem o obstáculo, de forma autónoma, sempre que ele surja novamente.

Tendo sempre presente, ao longo deste percurso e estando focalizada na questão central da parentalidade, a premissa do plano da DGS (2005) de que é necessário “apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar” manteve, assim, uma atitude constante de **dotação dos pais de competências** para cuidar do filho, pois só desta forma “o exercício da parentalidade intervém ao nível da promoção da saúde e traduz-se em benefícios para a criança” (Bullock et al, 2006). Por conseguinte, tentei definir, num primeiro contacto, um conjunto de intervenções em parceria com os pais, sempre individualizadas e direcionadas para os aspetos que os mesmos referem como fatores de stress para a transição e exercício da parentalidade. No contacto seguinte, verifiquei se as intervenções definidas ajudaram a ultrapassar as dificuldades, analisando esse mesmo sucesso através da validação do conhecimento, aquisição de competências e satisfação dos pais. Sempre que havia necessidade, redefinia as intervenções e ajustava os ensinamentos, continuando a intervir para que os pais vivessem a parentalidade sem sobressaltos, valorizando sempre os seus conhecimentos e competências.

Objetivo

Promover a parceria de cuidados.

Atividades

- Negocie o envolvimento dos pais na parceria de cuidados;
- Respeite os desejos, vontades, medos e perícia da família;
- Promova e elogie a auto-estima, confiança e progresso dos pais;
- Estimule a tomada de decisões partilhada;
- Apoie, ensine e encaminhe a família para a prestação de cuidados, com base na orientação e supervisão.

REFLEXÃO CRÍTICA

Aliada a esta questão da parentalidade, temos a questão da necessidade e importância da parceria de cuidados. Perante a exigência e especificidade da prestação de cuidados à criança/família, as equipas de enfermagem dos serviços de pediatria e neonatologia adotaram como filosofia de cuidados, o Modelo de Parceria de Anne Casey, dando primazia ao acolhimento, integração dos pais na equipa através de um processo de negociação e respeito pelos seus desejos.

Anne Casey desenvolveu um modelo de cuidados pediátricos – A Parceria de Cuidados, que identifica o contributo significativo dos pais para os cuidados prestados à criança hospitalizada. Esta autora alertou, ainda, os prestadores de cuidados para o papel ímpar que desempenham os pais na vida dos seus filhos ao afirmar que “(...) os cuidados às

crianças, saudáveis ou doentes, são melhor prestados pelas famílias, com graus variáveis de assistência por parte de membros de uma equipe devidamente qualificada de cuidados de saúde, sempre que necessário” (Casey, 1995).

Esta visão, também por mim adotada em diversas situações, encara a criança que necessita de ajuda para satisfazer as suas necessidades com o objetivo de crescer, desenvolver e atingir um melhor bem-estar físico; os pais, que se ocupam dos cuidados de família e de alguns cuidados de Enfermagem, que são realizados com o ensino, apoio e supervisão por parte da equipa de enfermagem e o enfermeiro que está lá, sempre, para ajudar, apoiar, ensinar, escutar, executar cuidados especiais e para realizar os cuidados de família quando esta está ausente, é incapaz de os realizar ou simplesmente não tem vontade.

Ao longo da gravidez os pais constroem sonhos e projetos que terão de ser redimensionados aquando o internamento do RN numa neonatologia. Esta situação provoca uma vulnerabilidade psicológica e a sensação de impotência, especialmente numa fase inicial. Este conjunto de sentimentos leva os pais a desenvolverem reações de revolta e luto antecipado, traduzindo-se num afastamento do RN, pelo que houve um esforço constante em negociar o envolvimento, havendo dias de progresso e outros dias de retrocesso. Essencial foi a necessidade de respeitar cada momento, cada tempo de integração e adaptação, cada desejo, cada medo por parte dos pais.

Durante o estágio, o envolvimento e participação dos pais nos cuidados foi conseguido com sucesso, de forma que fiquei surpreendida pela capacidade dos pais para esta mesma parceria.

Contudo, abordo uma questão complexa, situação que considero mais difícil – um pai que não manifestava interesse em participar nos cuidados, em estar presente junto da filha prematura e às vezes, quando presente, recusava-se mesmo a olhar, ao contrário da mãe que se encontrava motivada para todo o envolvimento e participação. Foi complicado trabalhar com este pai, mas com o tempo consegui que se fosse libertando e comunicando o que o preocupava, quais os seus medos, angústias, o que o incomodava realmente. A sua ansiedade, inexperiência, o medo da morte, de se envolver e posteriormente se “agarrar demais” (SIC) despoletou toda esta recusa. Assim, tornou-se premente a avaliação da adequação do meu método de análise: agora convido-o para a participação ou não será o melhor momento? Inicio a participação pelo toque ou simplesmente pelo olhar? Tomei uma decisão... resultou? Não... então amanhã tentarei de outra forma. Ontem avancei, mas hoje houve um recuo no envolvimento... situação muito comum, mas o que importa é que “ *os pais devem ser apoiados, evitando sentimentos de culpa pela sua permanência ou participação*” (Casey & Mobbs, 1988), o que importa é elogiar cada progresso e fazê-los perceber as vantagens que tal atitude comporta para o bebé.

Pela característica do internamento, a parceria não pode de facto ser estanque, ou seja, depois de os pais terem iniciado a sua participação na prestação de cuidados não significa que o passem a fazer sempre, uma vez que, como profissionais, temos de avaliar o grau de envolvimento de acordo com a estabilidade do RN e condição de saúde da criança. No entanto, nestas situações que englobam essencialmente cuidados de enfermagem, tentei promover a colaboração dos pais sempre que estes se sentiam confortáveis para o fazer: apoiei, ensinei e encaminhei para uma prestação de cuidados eficaz, com base na orientação e supervisão. Foi incentivada, igualmente, a presença dos pais aquando de técnicas mais invasivas, salientando a importância da sua presença, fazendo-os sentir parceiros no cuidar. Mais uma vez, fica patente a necessidade de avaliação constante da situação para que se possa tomar decisões fundamentadas.

Para que haja sucesso numa parceria tornou-se crucial uma abordagem prévia, uma negociação e tomada de decisão partilhada e esclarecimento dos procedimentos, comportamentos a adotar e de toda a situação envolvente.

Assim, os pais ficaram mais confiantes, mais seguros, sentindo-se mais capazes para a prestação de cuidados, tal como afirma Reis (2007): “a negociação dos cuidados e o respeito pelas decisões dos pais facilita a participação dos mesmos nos cuidados”. A este nível o reforço positivo, o apoio, o elogio da auto-estima e do progresso, constituiu uma mais-valia, reforçando todo o envolvimento e participação e, conseqüentemente, promoveu as suas competências no desempenho do papel parental, assegurando todos os cuidados e afetos para que a criança tenha um desenvolvimento harmonioso. De facto, um estudo de Ygge e Arnetz (2004) citado por Reis (2007) comprovou que os pais para um envolvimento e participação efetivas necessitavam de suporte e apoio para si próprios.

Para além disso, tive sempre em conta a capacidade dos pais, os seus medos, os seus desejos, a sua ansiedade e perícia, dando espaço para serem eles próprios a definirem o seu nível e extensão de envolvimento nesta parceria.

Ao aplicar este modelo na prática os resultados e os benefícios quer para o RN, quer para os pais foram visíveis, o que conduziu a uma parentalidade saudável e conseqüentemente a uma criança mais feliz: os pais surgem como uma base para uma prestação de cuidados o menos traumática possível para a criança, para além de, em parceria, conseguir “promover planos de cuidados mais específicos e dirigidos às necessidades reais da criança” (Reis, 2007). Esta parceria foi uma constante sentida pelos pais como um reforço positivo, um voto de confiança, o que alicerçou toda a relação terapêutica e, conseqüentemente, promoveu a parentalidade.

Competências a desenvolver

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.

Objetivo

Desenvolver competências na promoção da saúde da criança e do jovem no contexto da comunidade.

Atividades

- Particpei nas atividades no âmbito da Saúde Escolar, através da realização de quatro sessões de educação para a saúde;
- Realizei visita ao CAJ de Matosinhos.

REFLEXÃO CRÍTICA

Segundo o Ministério da Saúde (2006) *“a maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de programas de saúde escolar efetivos”*, pelo que a intervenção escolar se afigura como uma área vital na atuação do enfermeiro na assistência à criança/jovem. Assim, os enfermeiros, neste âmbito, assumem-se como profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção de saúde em contexto escolar.

Tendo em conta a pertinência da atuação dos enfermeiros neste contexto, intervimos no sentido de conhecer a realidade da UCC, participando ativamente no Projeto de Saúde Oral, designado *“Projeto Sorrisos + PASSEzinho”* (Anexo VI), que a unidade está a desenvolver a nível dos Jardins de Infância do Concelho de Matosinhos. O projeto teve início com uma visita programada ao Jardim de Infância, inserido na Escola EB1 de Matosinhos, para conhecimento das educadoras e da população alvo e para programação da sessão, seguido pela realização da primeira atividade do *Projeto PASSEzinho* (Anexo VII), aplicada a todas as crianças das quatro turmas existentes com posterior rastreio de saúde oral somente às crianças nascidas em 2006. Consegui, desta forma, desenvolver competências nesta área de intervenção na comunidade.

Após a realização da sessão e analisando criticamente os problemas da prática atuais, não estava à espera de obter os resultados que verificamos (Anexo VIII): existe um descuido evidente por parte dos pais relacionado com a higiene oral. Inúmeras crianças, para além do número de cáries, não fazem higiene oral em nenhum momento do dia e têm uma alimentação desajustada (algumas crianças traziam para o lanche bolachas/bolos de chocolate, pães de chocolate, sumos, entre outros). Impera, então, uma necessidade de continuar a intervir não só

junto das crianças mas junto dos pais e em idades cada vez mais precoces: o educar para a adopção de estilos de vida saudáveis e para os consumos e seus riscos, assume um impacto irrefutável na qualidade de vida futura da população mais jovem.

Durante o percurso de estágio visitei o CAJ de Matosinhos, com a enfermeira responsável, no sentido de perceber a dinâmica de atuação do enfermeiro neste campo. O CAJ como espaço de informação, orientação e acompanhamento na área da sexualidade na adolescência é anónimo, confidencial e gratuito, o que considero que possa motivar significativamente a presença dos jovens. Cada vez mais a vivência da sexualidade na adolescência torna-se mais marcante e evidente, em que o jovem vive a sexualidade de forma intensa assumindo comportamentos de risco, pelo que a informação, sensibilização e consciencialização dos jovens para uma sexualidade saudável e uma vida sexual responsável é fundamental. Na experiência que usufruí um casal de adolescentes recorreu à consulta no CAJ para pedir anticoncepcionais (pílula). Após analisar a situação, sentimos necessidade de abordar temas essenciais como a toma correta da pílula e como atuar em situações específicas como o uso concomitante de antibióticos, vômitos e diarreia, bem como abordar a importância da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, através do uso do preservativo.

De facto os adolescentes são descritos, tal como afirma Sousa (2000) como os atores principais de múltiplas “epidemias” que invadem a sociedade atualmente, como as doenças sexualmente transmissíveis. *“Os jovens adotam padrões de risco cada vez mais precoces e, na escolha de estilos de vida, o fracasso de negociação dos obstáculos desenvolvimentais, pode trazer consequências sérias para a saúde”* (Sousa, 2000). Ao refletir sobre esta problemática atual, refiro que melhorar a saúde desta população deve ser umas das nossas preocupações, pelo que impera o estabelecimento de programas promotores da saúde que devem advir do conhecimento das necessidades e problemas que comumente mais os atingem. Refletindo, ainda, como futura enfermeira especialista na área da saúde infantil e pediatria afirmo que é premente um início precoce da educação sexual, utilizando um ensino em espiral, nas diferentes etapas de escolaridade/desenvolvimento da criança. Por outro lado, é fundamental apoiar os pais no diálogo com os filhos para diminuir a sua insegurança e a ansiedade que sentem, sendo para tal necessário promover a formação dos profissionais, de forma a melhorar as suas competências de atuação.

Competências a desenvolver

- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.
- Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica.

Objetivo

Desenvolver competências de reflexão crítica sobre a dinâmica assistencial especializada à criança/família.

Atividades

- Observei de forma crítica o papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria;
- Refleti criticamente e de forma sistemática acerca das estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro especialista;
- Promovi momentos de discussão e reflexão com a tutora e equipa;
- Identifiquei os principais focos de atenção e contribui para uma melhor documentação;
- Realizei pesquisa bibliográfica.

REFLEXÃO CRÍTICA

Durante a realização do estágio fiz, intencionalmente, uma reflexão crítica e sistemática das estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro especialista na assistência à criança/família nos diferentes contextos de prestação de cuidados e relacionei-as com as perspetivas teóricas.

De facto a intervenção do enfermeiro especialista é de vital importância e de enorme destaque na identificação de necessidades, planeamento, prestação e avaliação de cuidados. O enfermeiro especialista tem uma visão mais global, mais atenta e mais pormenorizada: consegue olhar para a criança de uma forma global, mas em simultâneo mais focal, atendendo de imediato às suas necessidades. É, também, ao enfermeiro especialista que alguns elementos mais novos e que não possuem formação especializada recorrem para esclarecer dúvidas, questionar formas mais adequadas de prestar cuidados, bem como para pedir auxílio nessa mesma prestação. O enfermeiro especialista é, também por norma, o responsável pela coordenação de turno, bem como é este enfermeiro que é chamado a contribuir e avaliar situações imprevistas que eventualmente possam surgir. Para além destas funções, o papel do enfermeiro comporta, igualmente, o acompanhamento e transporte inter-hospitalar, visitação domiciliária, tendo um papel preponderante na preparação para a parentalidade (a nível da UCC).

Relativamente ao processo de enfermagem penso ter tido uma postura crítica, uma vez que refleti sobre os diagnósticos mais comuns e discuti quer com a enfermeira tutora, quer com a equipa de enfermagem melhores formas de documentar a realidade apresentada. Identifiquei os principais focos de atenção nos diversos contextos (amamentação, desenvolvimento infantil,

papel parental) e intervêm ativamente na documentação do foco papel parental, uma vez que já foi trabalhado por mim como profissional, através da elaboração de documento próprio para cada faixa etária. Infelizmente o ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) ainda não dispõe de meios informáticos para suportar o sistema SAPE 10G, pelo que ainda não é aplicado o documento que foi elaborado para a ULSM. Contudo, tentei ajustar ao máximo a forma de documentação com vista a ser o mais próximo da nossa prática e que refletisse a realidade dos nossos cuidados, o que implicou que refletisse na e sobre a prática e que pesquisasse diferentes formas de documentação.

Em reflexão conjunta, foi igualmente debatida a questão da amamentação e da necessidade de apoio que os pais necessitam, principalmente nos dias seguintes à alta hospitalar. Após esta constatação e por referência constante por parte dos pais desta necessidade aconselhei que funcionássemos mais em equipa e que comunicássemos mais entre serviços. Demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional e através de um discurso fundamentado sugeri, conversando igualmente com as tutoras e enfermeiras chefes, que todos os casos de mães com maiores dificuldades (na amamentação e papel parental) fossem referenciadas no dia da alta para a enfermeira de família e grupo de apoio à parentalidade (a nível das UCC), informando sobre os maiores deficits. Esta iniciativa já é praticada em alguns casos, contudo, há necessidade de uma intervenção mais ampla e pormenorizada, por parte de toda a equipa.

Ao fomentar esta continuidade de cuidados, de forma consecutiva, haverá sempre um profissional alerta e responsável pelo acompanhamento dos pais nos momentos mais difíceis, auxiliando na transição e adaptação à parentalidade. Os cuidados a prestar seriam mais focalizados nos deficits, "incidindo no sentido de minimizar as experiências de tensão dos pais, autonomizando-os no exercício da parentalidade" (Soares, 2008) promovendo, assim, uma parentalidade mais eficaz. Os pais não se sentirão sozinhos e ultrapassarão os obstáculos, de forma obter o melhor desempenho possível da parentalidade. Consequentemente, beneficiará a criança que vai receber tudo aquilo que necessita para o seu crescimento e desenvolvimento salutar.

Ao refletir criticamente e de forma sistemática acerca das estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro especialista fui sugerindo mudanças de algumas estratégias que podem contribuir para um maior sucesso do CEP. Neste momento as aulas são marcadas somente de acordo com a disponibilidade dos profissionais de saúde e de forma isolada, pelo que propus que esta mesma marcação fosse realizada conjuntamente com os pais, de forma a envolvê-los na decisão, uma vez que considero que o envolvimento na tomada de decisão fará com que se comprometam mais significativamente com a sua presença (reduzindo assim o número de faltas). Para além disso considerava interessante fazer num mesmo dia, e de forma

ininterrupta, a sessão de massagem infantil e de educação parental. Neste momento existe muitas faltas, informando os pais que têm de vir muitos dias para o centro de saúde, o que acabava por desmotivar a sua presença nas sessões. Porque não tentar uma reorganização das atividades?

Sendo nosso objetivo promover a parentalidade (no curso de massagem e CEP), torna-se premente um ajuste constante das nossas estratégias com vista a atingir o nosso objetivo. Assim, provavelmente a assiduidade será mais significativa, assistindo os pais a um maior número de sessões, pelo que poderemos contribuir para uma melhor preparação e desempenho do papel parental. Neste sentido, é urgente o desenvolvimento (e continuação) de esforços no sentido de serem criadas estruturas e condições de suporte aos pais nas diferentes transições, fomentando as condições que proporcionem a sua autonomização (Soares, 2008).

Apesar de a equipa de neonatologia preparar a alta desde o início da admissão e trabalhar muito bem este aspeto com os pais, no sentido de os motivar e os tornar capazes para uma prestação de cuidados segura, autónoma e eficaz, a enfermeira de referência também referencia a alta e toda a condição de saúde do RN e situação envolvente para a enfermeira de família. Contudo, no momento efetivo da alta não é enviado nenhum documento escrito, por parte de enfermagem. A meu ver e tendo refletido com a equipa, seria uma mais valia encaminhar uma carta com o nosso processo de enfermagem, devidamente atualizado, no sentido de orientar a enfermeira dos CSP sobre os conhecimentos e habilidades demonstrados e não demonstrados pelos pais, acerca da amamentação e papel parental, promovendo a continuidade de cuidados.

Assim, os cuidados a prestar posteriormente seriam mais focalizados nos deficits, promovendo uma parentalidade mais eficaz.

No âmbito do SUP, o momento do regresso para casa foi “aproveitado” para refletir com os pais sobre o sobre o motivo de doença/acidente, bem como para avaliação se a informação transmitida foi bem compreendida, algo que não é feito com frequência pela equipa. Reforço alguns aspetos importantes como o ensino sobre a febre, a sua correta avaliação, as medidas a adotar, no caso de uma criança com febre; a segurança infantil, numa criança vítima, por exemplo de queimadura ou intoxicação medicamentosa; a hidratação/dieta no caso de crianças com vómitos/diarreia. Sempre que possível tentei intervir a este nível, discutindo com a tutora/equipa sobre a sua importância, incentivando a mudança de comportamentos.

Desta forma, durante todo o meu percurso a consciência crítica e observadora esteve patente, refletindo sistematicamente sobre o meio envolvente e com um discurso fundamentado, com base no conhecimento e evidência científica.

1.2 – GESTÃO DE CUIDADOS

Reconhecendo a centralidade da clínica na profissão de Enfermagem como prestação de cuidados, outras áreas se apresentam fundamentais para a enfermagem, nomeadamente a gestão. A gestão dos cuidados assegura a disponibilidade de recursos para garantir os cuidados específicos à condição dos cidadãos, sendo da responsabilidade do enfermeiro essa mesma gestão, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa e garantindo a segurança e qualidade, através da adequação da totalidade dos recursos às necessidades dos cuidados.

A nível deste domínio, direcionei a gestão de cuidados em prol da aquisição e desenvolvimento de competências do papel parental no sentido de promover a parentalidade.

Competências a desenvolver

- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EESIP;
- Zelar pelos cuidados prestados na área da EESIP;
- Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP.

Objetivo

Conhecer e identificar quais as competências do enfermeiro especialista na área da gestão.

Atividades

- Identifiquei as funções adstritas ao enfermeiro especialista;
- Refleti sobre o papel do enfermeiro especialista na dinâmica dos diferentes contextos;
- Conheci as estratégias de gestão de recursos materiais, humanos e equipamento;
- Identifiquei a metodologia de trabalho que sustenta a prática de cuidados;
- Geri, eficazmente, o tempo, os cuidados e os recursos disponíveis.

REFLEXÃO CRÍTICA

Fazer uma gestão adequada dos cuidados de enfermagem, liderar, saber delegar, supervisionar e ter a capacidade de gerir recursos humanos, materiais e equipamentos são características no âmbito da gestão que o enfermeiro especialista deve possuir.

Em contexto de estágio foram perceptíveis as funções do enfermeiro especialista neste âmbito, contribuindo para a qualidade assistencial prestada à criança/família nos diferentes contextos de prestação de cuidados. De facto, este, pelos conhecimentos que possui sobre as necessidades específicas da criança tem a possibilidade de gerar ganhos em saúde, ao ser capaz de efetuar uma gestão adequada dos cuidados de enfermagem e aspetos envolventes.

Cabe ao enfermeiro especialista, a coordenação de turno, de equipa e de planeamento e distribuição do plano de cuidados, sendo responsável por toda dinâmica e gestão (de materiais, equipamentos e recursos humanos) durante o turno. Por outro lado, coordena projetos como o projeto Bem-Me-Quer, intervém como elo de ligação para a ELI (Equipa Local de Intervenção, na UCC), para além de ser chamado a colaborar em consultas de desenvolvimento e crescimento sempre que os elementos da equipa considerem oportuno, bem como dar o parecer em questões pertinentes para o desenvolvimento do serviço.

A identificação da metodologia de trabalho que sustenta a prática foi essencial para uma gestão eficaz dos cuidados: saber que o método é individual e de enfermeiro de referência possibilitou uma melhor compreensão de toda a dinâmica e funcionamento do serviço, permitindo uma organização mais segura da minha prestação. Durante a assistência ao RN/família, em contexto de neonatologia e SUP, a gestão de cuidados foi, numa fase inicial, a minha maior dificuldade. Tendo sempre em linha de orientação a manipulação mínima e o proporcionar o máximo de conforto e bem-estar ao RN, decidir qual o RN a quem prestaria, em primeiro lugar, os cuidados tornou-se num verdadeiro desafio. Seria pelo grau de complexidade? Como fazia quando os RN precisavam de ser aspirados e alimentados ao mesmo tempo? Qual é a maior necessidade? Qual é a prioridade? Com o tempo fui percebendo que não existe uma regra estanque, havendo a necessidade de ter sempre em atenção a regra da manipulação mínima, ou seja, quando estamos com um RN prestamos a totalidade dos cuidados necessários e só, posteriormente, damos continuidade para um outro RN. Relativamente ao SUP, a gestão tornou-se um obstáculo até compreender toda a sua dinâmica e funcionamento.

Após uma adaptação eficaz à metodologia e organização de trabalho dos diferentes contextos passei a ser capaz de gerir o tempo, os cuidados e os recursos, atendendo sempre à questão da parentalidade: a organização passava sempre a ter em conta a disponibilidade, presença e interesse dos pais, de forma à sua participação ativa, esclarecimentos adequados e desenvolvimento gradual do papel parental. “O exercício da parentalidade exige dos pais uma relação próxima com os seus filhos, no sentido da satisfação das suas necessidades” (Reis, 2011), pelo que fomentei a presença dos pais para que a criança possa crescer e desenvolver-se de uma forma feliz e saudável. Uma gestão eficaz dos cuidados foi possível tendo em conta as prioridades e necessidades da criança/família.

Neste sentido o agendamento das consultas, no âmbito dos CSP, e a prestação de cuidados foi realizada de acordo com as preferências dos pais/criança, com o intuito de alterar o mínimo as rotinas no exercício da parentalidade e das próprias crianças. A mesma filosofia foi sugerida por mim para a realização das sessões de massagem infantil e educação parental.

Conseguindo elaborar um esquema mental de atuação, de avaliação das necessidades e prioridades e avaliação do desenvolvimento e crescimento da criança (em CSP), fui desenvolvendo ao longo do estágio uma metodologia de trabalho eficaz.

A gestão de recursos materiais foi uma constante em todo o meu percurso: gestão de camas/berços/incubadoras, tentado agrupar as crianças por idades e com uma localização mais próxima do balcão de enfermagem de acordo com a sua condição de saúde e necessidade de intervenção; gestão de aparelhos de fototerapia, que requereu pedidos de empréstimos a outros serviços, bem como uma gestão constante de material, recursos humanos, macas e espaço a nível do SUP. Desta forma, tornou-se premente uma observação minuciosa e atenta por parte do enfermeiro coordenador, e da minha parte, no sentido de agilizar todo este processo com eficácia e eficiência.

Durante o momento de partilha de experiências e de reflexão, após as sessões de educação para a saúde, houve uma necessidade constante de gestão de tempo e de recursos, uma vez que eram inúmeras as solicitações por parte dos pais. Envolvida nesta responsabilidade, fui proporcionando momentos distintos e com privacidade para cada um dos pais, de forma a garantir a satisfação das suas necessidades e esclarecimentos pertinentes em relação ao desempenho dos papéis parentais.

No fundo, consegui zelar pelos cuidados, em todos os contextos, oferecendo o que era necessário para a criança/pais no momento em que precisavam, sentindo-me cada vez mais capaz de organizar a prestação de cuidados tendo sempre como base as necessidades e prioridades da criança e dos pais.

A competência nº18 “ Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EESIP” foi uma competência que apesar de observada nos diferentes contextos não foi trabalhada por mim, uma vez que esta liderança necessita de ser executada por uma pessoa com características de líder e dotada de um conhecimento amplo de todo o meio envolvente ao serviço. Atualmente, a liderança assume-se de grande importância na prática da enfermagem, uma vez que o enfermeiro na sua prática diária depara-se com situações diversas que exigem tomada de decisão, flexibilidade, resolução de problemas, mediação de conflitos, coordenação da equipe e planeamento para atingir os objetivos da instituição e dos clientes (Ribeiro, Santos & Meira, 2006). Dessa forma, o líder caracteriza-se pela iniciativa e organização, por ser estimulador, comunicador e agente de mudança, sendo capaz de influenciar e encaminhar os elementos da equipa para que desempenhem as suas atividades para a consecução de um objetivo comum (Ribeiro, Santos & Meira, 2006). De facto, a liderança esteve patente durante os diferentes contextos de estágio, uma vez que no exercício da liderança, as enfermeiras tutoras propiciaram um ambiente favorável para a execução das atividades, assumiram a difícil tarefa de coordenar a equipa de enfermagem, motivaram o fortalecimento do grupo, através da

valorização das competências individuais, possibilitando que cada elemento reconhecesse o propósito e significado do seu trabalho, sempre como uma postura desafiadora e questionadora.

Assim, com o término desta etapa e ao refletir sobre a minha prática, afirmo que desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz, com uma gestão adequada dos cuidados.

1.3 – FORMAÇÃO

Ao longo de toda a vida, é solicitada ao indivíduo a capacidade de ultrapassar barreiras, de se adaptar a novas situações e, no fundo, de saber sempre mais em todos os contornos do conhecimento. Neste sentido, emancipa-se o fundamento e pertinência de uma formação contínua e ininterrupta. Assim, é premente revelar que a formação é essencial na construção das identidades profissionais pois facilita a incorporação de saberes que alicerçam, de forma simultânea, a relação com o trabalho e a carreira profissional.

Neste âmbito, promovi o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como o do grupo de pares, sempre com o intuito de focalizar a questão da parentalidade, com vista à aquisição de conhecimentos que auxiliem os pais, mas também os profissionais, no alcance de uma criança mais saudável e feliz.

Competências a desenvolver

- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
- Promover a formação em serviço na área de EESIP;
- Colaborar na integração de novos profissionais.

Objetivo

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional do grupo de pares.

Atividades

- Conheci e identifiquei as estratégias de promoção de desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem;
- Identifiquei áreas de necessidade de formação;
- Promovi momentos de reflexão;

- Efetuei pesquisa bibliográfica;
- Realizei formação em serviço;
- Furneci material de apoio bibliográfico.

REFLEXÃO CRÍTICA

A evolução que se opera no seio da enfermagem obriga a um aperfeiçoamento e atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização dos profissionais e à evolução qualitativa dos resultados. Impera uma necessidade cada vez maior de formar enfermeiros cujos valores, atitudes e práticas levem a uma tomada de consciência, tornando-os autónomos, responsáveis e competentes enquanto profissionais (Dias, 2004). A enfermagem como profissão exige, assim, mobilização de conhecimentos previamente adquiridos, que devem ser continuamente renovados através de formação permanente.

Com vista a conhecer as estratégias de promoção de desenvolvimento profissional das equipas de enfermagem identifiquei que anualmente, nos diferentes contextos de estágio, o enfermeiro responsável pela formação em serviço aplica um questionário, em que cada elemento aborda quais os temas e falhas identificadas que considera pertinente para a formação em serviço. De igual forma referem qual a disponibilidade e interesse para ser o formador e em que área. Posteriormente os dados são tratados pela enfermeira responsável e, em discussão com a equipa, é elaborado um plano de formação anual, não sendo estanque e podendo ser alterado de acordo com as necessidades. A nível da UCC, a formação é da responsabilidade da psicóloga que aplica igualmente um questionário à equipa multidisciplinar para identificação das necessidades formativas, sendo realizada mensalmente uma formação. Relativamente ao SUP não existe um plano de formação anual, não sendo comum a realização de formação em serviço. O serviço preconiza apenas, a nível de formação, duas formações anuais espaçadas no tempo acerca da atuação em sala de emergência, bem como a formação de suporte básico de vida pediátrico, ministrada pela instituição.

Ao longo do percurso, consegui identificar necessidades de formação por parte das equipas de enfermagem. A questão da dor e da adoção de medidas não farmacológicas foi uma constante debatida por mim. Promovi momentos de reflexão não só com as enfermeiras tutoras, mas também com a restante equipa. Tal como afirma Batalha (2010) *“a dor em pediatria é um problema crítico e prevalece com implicações na saúde e custos para a sociedade, que se comprova pela inconsistência e desigualdades no seu controlo e importantes lacunas na formação dos profissionais de saúde”*, pelo que é premente uma mudança de atitude face a esta questão. Furneci material de consulta e apoio (artigos), mostrando por exemplo a importância da administração da sacarose (Foureur et al, 2011; Gasparido, Linhares & Martinez, 2005), quando se pode utilizar (Batalha, 2010, refere que é

segura a utilização a partir das 28 semanas e eficaz até aos três meses de idade) e qual o protocolo já implementado a nível dos serviços hospitalares da instituição (Anexo IX). Comuniquei, assim aspetos complexos, conduzindo a que esta questão fosse refletida pelas diferentes equipas e levasse os enfermeiros a ponderar a sua prática, promovendo o seu desenvolvimento pessoal e profissional e, conseqüentemente, a formação em serviço com o intuito de colmatar as necessidades de formação. Ainda neste âmbito auxiliiei a enfermeira tutora, a nível da USF, a construir um pedido para enviar, por correio eletrónico, para a farmácia hospitalar no sentido de solicitar e justificar a necessidade de administração de sacarose a nível dos cuidados de saúde primários (estas unidades ainda não têm sacarose disponível ao contrário dos serviços hospitalares).

Sendo a questão da dor muito ampla, em discussão, abordei ainda a questão da presença dos pais aquando dos procedimentos dolorosos, motivando os pares para a reflexão sobre a prática: “a separação dos pais é geradora de stress na criança e pode aumentar a percepção da dor” (Batalha, 2010). Durante algumas vacinações a crianças e outros procedimentos dolorosos, os pais queriam estar presentes na sala, mas não queriam estar junto da criança, pelo que é importante que as equipas tentem mudar esta atitude:

Tentei sempre facilitar a presença dos pais e a ensinar a ter uma presença de qualidade, constituindo uma força estabilizadora. Os pais constituíam assim, nestes momentos dolorosos, o garante de proteção, ao mesmo tempo que contribuía para uma parentalidade mais segura e confiante, a criança recebia amor e carinho. Segundo Batalha (2010) a presença e participação dos pais são aspetos que não podem ser esquecidos, uma vez que a separação da díade pode ser geradora de stress e aumentar a percepção de dor.

Para além da questão da dor, detetei necessidades de formação também no âmbito da intervenção em crianças com necessidades educativas especiais. Em reflexão com a enfermeira tutora, fui abordando as vantagens da formação em serviço neste âmbito para capacitar a equipa para uma prestação de cuidados mais eficaz. Usufruindo de conhecimentos e habilidades, a equipa estará igualmente preparada para auxiliar os pais neste sentido, promovendo a parentalidade. A este nível importa salientar o facto de que não é suficiente esta identificação de necessidades para uma formação eficaz: é premente que haja uma implicação afetiva e motivação dos profissionais, assentes num desejo de mudança, de transformação e de aquisição de conhecimentos. Os profissionais têm de encarar a formação como uma necessidade e ser um dos objetivos que estão em conformidade com os objetivos pessoais, daí o meu esforço contínuo em demonstrar aos pares a necessidade de mudança de atitude face a estas temáticas pertinentes.

Por outro lado, identifiquei lacunas na informação prestada pelos profissionais no âmbito dos direitos que assistem os pais na assistência aos seus filhos. Assim sendo, e não descurando o tema que pretendo que seja transversal em todo este meu percurso, tornou-se importante desenvolver um trabalho de informação e promoção dos conhecimentos a nível da legislação atual sobre a parentalidade.

Ao transmitir essa informação, os profissionais ficam devidamente esclarecidos, tendo a capacidade de passar esses mesmos conhecimentos para os pais que beneficiarão com estes direitos que os assistem. Ao usufruírem destes direitos podem vivenciar de um apoio recíproco e bem-estar que possibilitará o crescimento e desenvolvimento da criança (Reis, 2011). Não esqueçamos que é fundamental partirmos “Da Parentalidade...para uma criança mais saudável e feliz”.

Desta forma realizei uma formação ao grupo de pares “Proteção Social na Parentalidade” (Anexo X), cujo planeamento se encontra em anexo (Anexo XI). Após o final da apresentação foi realizada uma avaliação quer aos conhecimentos que procurei transmitir (em forma de teste), quer à minha performance, enquanto formadora (através de questionário instituído no hospital). Após análise dos dados, detetei que obtive a totalidade de respostas certas no teste de avaliação e que a minha performance e avaliação da ação obteve uma pontuação de quatro (numa escala de um a quatro), em todos os questionários. A avaliação informal por parte das colegas correu muito bem, alertando para o facto da importância e atualidade do tema.

Em relação à competência nº 29 “Colaborar na integração de novos profissionais”: durante o percurso de estágio não houve entrada de nenhum elemento novo, contudo considerei pertinente conhecer qual a metodologia usada pelas unidades neste âmbito. Assim, a nível da UCC, um novo elemento, durante a sua integração que à partida será no mínimo de 20 dias, é acompanhado pela enfermeira responsável. A integração será dividida por quatro períodos distintos (Anexo XII), caracterizados por diferentes momentos de aprendizagem e incorporação de conhecimentos e habilidades. Em outros contextos de prestação de cuidados, um novo elemento, durante a sua integração que à partida será no mínimo um mês, é acompanhado por uma enfermeira especialista experiente, principalmente nos turnos de manhã. Fará também turnos de tarde e noite, mas com menos frequência. É realizada uma avaliação intermédia e outra final com a tutora e a enfermeira chefe. Se após o período de integração e, dependendo da avaliação e parecer das enfermeiras, as mesmas considerarem o novo elemento apto, ele passará efetivamente para os cuidados. Se tal não acontecer, o período de integração é alargado até se verificar aprendizagem significativa. De facto, o enfermeiro ao integrar o novo profissional contribui para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, na medida que o orienta para as práticas profissionais, fomentando a mobilização

e integração de conhecimentos, através da reflexão na e sobre a prática, quer na aquisição de saberes práticos e processuais, quer para a construção de uma consciência e identidade profissional (Fonseca, 2006). Assim na integração de pares, o enfermeiro deve potenciar a aprendizagem e o desenvolvimento, desenvolvendo estratégias e processos de orientação, ajuda e acompanhamento das práticas clínicas, capazes de estimular a reflexão e dissipar sentimentos de medo, ansiedade e insegurança associados à nova realidade.

Em relação à competência nº 23 “Exercer supervisão do exercício profissional na área da EESIP” saliento a oportunidade que tive em observar essa mesma supervisão por parte de uma enfermeira especialista aquando do estágio de uma colega em formação, bem como de uma outra enfermeira que se encontrava no serviço há pouco tempo. Foi uma competência que apesar de observada, necessitava de ser mais trabalhada, uma vez que o contexto de supervisão é essencial para a formação dos profissionais. Para o exercício desta supervisão é escolhido, pelo enfermeiro chefe/responsável, o elemento que considera mais apto para orientar o novo elemento/aluno de especialização. Em caso de haver vários elementos com essas características a supervisão vai sendo alternada, dando oportunidade a todos os elementos destacados para o efeito. De facto, a supervisão como processo dinâmico, interativo é facilitador e potencializador da aprendizagem, baseado numa relação de confiança e ajuda que permita o desenvolvimento pessoal e profissional do supervisionado (Fonseca, 2006): assim a formação inclui componentes de ordem teórica e prática, com o intuito de um exercício profissional eficaz.

Competências a desenvolver

- Formular e analisar questões/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 auto - desenvolvimento pessoal e profissional.

Objetivo

Promover o auto - desenvolvimento pessoal e profissional.

Atividades

- Efetuei pesquisa bibliográfica;
- Promovi momentos de reflexão;
- Assisti a formação em serviço.

De acordo com o enunciado da Ordem dos Enfermeiros (2002), a formação assume-se como vital na assistência de enfermagem “...a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade”. Tendo em conta esta perspetiva procurei, durante o estágio, promover e atualizar conhecimentos através de pesquisa bibliográfica, de forma a estruturar o meu desenvolvimento profissional. Nesta ótica, apesar da formação inicial, ao longo do estágio, foram sendo colocados um conjunto de “constrangimentos” decorrentes da prática que me impulsionaram, de modo a garantir um desempenho profissional competente, a uma atualização contínua. Para a concretização de um desempenho profissional competente houve a necessidade de um saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos adquiridos no âmbito da formação, fulcral na construção de saberes específicos da profissão e área de especialidade.

De forma a promover o meu próprio desenvolvimento fui pesquisando, estudando e refletindo de forma a responder adequadamente às necessidades que iam surgindo e à necessidade constante de informação e atualização de várias temáticas, tal como referenciado no objetivo anterior. Abordo a questão da “estimulação do desenvolvimento – a importância do brincar”, uma temática na qual investi no sentido de adquirir conhecimentos acerca do tipo de brincadeira adequada para cada faixa etária (dos 0 aos 12 meses), de forma a ser capaz de informar adequadamente os pais acerca desta matéria (em sessão de educação para a saúde e outros momentos oportunos). Vários documentos e artigos (Vigotski, 2008; Cordazzo & Vieira, 2007; Hansen et al, 2007; Einon, 1999) foram consultados com vista a abranger um leque amplo de material com o objetivo de estar preparada para responder a qualquer dúvida elencada pelos pais. Esta atualização de conhecimentos e pesquisa é premente tornando-me capaz de gerir toda a informação da qual sou detentora e que, por vezes, pode não ser a mais correta ou atual. Esta formação e desenvolvimento são prementes, sendo vital o seu impulsionamento.

Sendo a formação um processo que acompanha o desenvolvimento profissional, constitui competência e dever de cada um “cuidar” da sua formação, estabelecendo-se como agente de mudança, no sentido de estar apto a responder às solicitações, aos novos problemas e adaptar-se aos desafios que são colocados. Neste sentido, em contexto de pediatria, assisti a uma formação em serviço sobre “O transporte da criança no automóvel”, realizada pelas colegas especialistas responsáveis pela área da saúde infantil. Esta formação fazia parte da formação obrigatória para os serviços do Departamento da Mulher e da Criança da ULSM e que eu ainda não tinha tido oportunidade de assistir como enfermeira do serviço de obstetria. É uma formação a meu ver essencial e sem a qual nós, como enfermeiros desta área, não podemos descurar. O transporte adequado das crianças no automóvel, deve ser algo

bem marcado nos nossos ensinamentos/formação aos pais, pois sabemos que mesmo nos dias que correm os acidentes acontecem e os danos e traumatismos causados são essencialmente pelo transporte inadequado (APSI, 2007).

Considerando a minha relação próxima e continuada, com a família nos primeiros anos de vida da criança, a formação neste âmbito constituiu uma mais-valia, uma vez que promovi o meu desenvolvimento profissional neste âmbito, tornando-me capaz para orientar os pais nas suas escolhas e decisões e esclarecer sobre dúvidas, no sentido de não só os alertar para as suas responsabilidades (e consequência de atos), através da sensibilização sobre o tema, como também para conduzir a uma parentalidade positiva (adoção de comportamentos, baseados no melhor interesse da criança). (Lopes, Catarino e Dixe, 2010).

Ao longo do meu processo de desenvolvimento, e com o objetivo de integrar a formação como vetor do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, analisei de forma sistemática e crítica a problemática da formação em enfermagem. Compreendi, ao contactar com diferentes contextos de prestação de cuidados, que para que haja formação efetiva, mais do que uma questão formal, a formação deverá envolver a reflexão sobre as práticas de enfermagem, implicando os profissionais envolvidos no processo de decisão, originando, desta forma, uma transformação individual e coletiva, com reflexos evidentes na qualidade dos cuidados prestados (Dias, 2004). De facto, esta dinâmica não está presente em todas as situações, deparando-me quando temas de formação em serviço que não foram identificados como necessidades e apenas estão presentes em plano de formação por ser um critério de qualidade a cumprir. Torna-se, assim, premente que os profissionais encarem a formação como um caminho que permite a construção do conhecimento e um ambiente de troca e partilha de saberes que contribui para uma melhoria dos cuidados, satisfação dos utentes e, conseqüentemente, satisfação profissional, dirigindo a formação para situações do dia-a-dia, onde se evidenciem dificuldades, pois só desta forma, é possível contribuir para a evolução da profissão.

De acordo com esta perspetiva, a reflexão das práticas com as enfermeiras tutoras e restante equipa de enfermagem foi uma constante, o que fomentou a minha aprendizagem: é ao refletir que surgem dúvidas, levantam-se questões pertinentes, esclarecem-se ideias e, no fundo, foi esta reflexão que me motivou para a busca de conhecimento e respostas (relembro a temática da dor, amamentação, estimulação do desenvolvimento infantil, legislação associada à parentalidade).

A questão da parentalidade, da capacitação dos pais para o desempenho do papel parental e exercício da parentalidade (Reis, 2011) foi uma temática onde a reflexão e

pesquisa foram constantes, (promovendo o meu desenvolvimento) de forma a integrar os conhecimentos e competências necessárias para ser capaz de apoiar na transição e desenvolvimento da parentalidade, respondendo às solicitações/questões/problemas que surgiram nos diferentes módulos de estágio, com experiências diversificadas e em diferentes fases de desenvolvimento.

Neste domínio importa salientar, ainda, o facto de que o ato de formar-me é sobretudo, e em todas as circunstâncias, o ato de querer formar-me, sendo “algo” de pessoal e intrínseco a mim própria, sujeito de formação com necessidades e vontade de as satisfazer, pelo que a motivação para a formação e aprendizagem em contexto de especialização foram evidenciadas ao longo de todo o meu percurso.

1.4 – INVESTIGAÇÃO

“A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação” (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Assim, cabe aos enfermeiros conceberem, realizarem, promoverem e participarem em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral. Desta forma, é premente tornar mais orientado o desenvolvimento de percursos profissionais com o incremento de uma prática clínica baseada na evidência, um importante contributo para as dinâmicas organizacionais de maior exigência e, conseqüentemente, de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Relativamente a este campo de intervenção, incorporei os resultados de investigação na prática, onde assentei a tomada de decisão sobre o cuidar à criança/família, com vista ao esclarecimento fundamentado dos pais, no sentido de apoiar para a transição e desenvolvimento da parentalidade saudável e de forma satisfatória para a díade criança/pais.

Competências a desenvolver

- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

Objetivo

Desenvolver competências para a utilização do conhecimento baseado na evidência no decurso do estágio.

Atividades

- Desenvolvi competências para a pesquisa de documentação válida;
- Incentivei os pares para a prestação de cuidados baseada no conhecimento científico (prática baseada na evidência);
- Fiz pesquisa bibliográfica.

REFLEXÃO CRÍTICA

Ao longo de todos os módulos, quando havia a premissa de tomada de decisão, procurei incorporar na prática os resultados da investigação, o que contribuiu, de facto, para uma melhoria dos cuidados prestados.

A procura de informação e esclarecimento de dúvidas através da pesquisa bibliográfica, a reflexão conjunta com a enfermeira tutora e enfermeiros mais experientes e peritos na assistência de enfermagem e a própria mobilização e integração dos conhecimentos adquiridos para responder adequadamente às situações, foram atividades constantes no decorrer do estágio, com vista a reforçar nesse mesmo conhecimento científico, a tomada de decisões.

Atualmente a enfermagem é considerada uma disciplina científica, baseada na evidência, onde os enfermeiros devem prestar cuidados de excelência, baseados nas necessidades efetivas dos clientes. Para tal é premente uma tomada de decisão fundamentada e alicerçada na evidência científica, essencial para a assistência à criança/família com qualidade. É nesta medida que a investigação em enfermagem surge como prioridade absoluta nas atividades inerentes à profissão, tanto na área educativa como na prestação de cuidados, onde se pretende que os resultados finais de todo o processo conduzam à excelência dos cuidados.

Um aspeto que me levou à pesquisa foi a desinfeção do coto umbilical, uma vez que as práticas efectuadas nos diferentes contextos eram distintas das que praticava no serviço onde exerço funções. O que fazer, visto os pais já terem uma informação díspar? Esta disparidade, ou não consonância entre serviços, leva a uma confusão instalada “nas cabeças dos pais”. Eles são transferidos de um serviço para outro e vêm já como uma informação prévia, obtida na preparação para o parto e têm que se adaptar a novas filosofias. Isto não faz qualquer tipo

de sentido, pelo que temos que confluir as nossas práticas. Assim, após um estudo aprofundado as evidências (Trotter, 2004; Janssen et al, 2003 e Zupan & Garner, 2000) demonstram que não há vantagens na desinfeção com álcool, pelo que a mesma deve ser desaconselhada aos pais. Mas chegado ao serviço de neonatologia essa prática seria válida? Novamente pesquisei e através de evidência a desinfeção com álcool é aconselhada nestas unidades e, principalmente nos RN prematuros, pelo risco aumentado de infeção a que estão suscetíveis (Alves & Gomes, 2002; Kamada & Rocha, 2007). Em discussão com a equipa chegou-se à conclusão de que o coto umbilical, em neonatologia, deveria ser desinfetado com álcool, tendo sempre o cuidado de explicar aos pais que essa necessidade era durante o período de internamento, de forma a promover uma parentalidade segura. Assim, fui capaz de avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise.

Em relação à higiene do bebé fui questionada por alguns pais acerca da utilização ou não do óleo de amêndoas doces na água do banho e da utilização ou não de produtos de higiene nos primeiros dias de vida. Ao depara-me com esta questão senti necessidade de avaliar a adequação de diferentes métodos de análise e pesquisar com base na evidência científica. Sei que o óleo de amêndoas doces é um óleo indicado para massajar o RN, mas será o indicado para o banho? Será adequado colocar óleo na água, ou diretamente no corpo? Fernandes, Machado & Oliveira (2011) e Olívia & Salgado (2003), referem que a adição de óleos à água do banho não é eficaz como hidratante, para além de tornar a banheira e o bebé escorregadios. Em relação à utilização de produtos de higiene, e com base na evidência científica, o banho deverá ser dado somente com água (sem agentes químicos), preferencialmente nas primeiras semanas de vida (Oliva & Salgado, 2003; Darmstadt & Dimulos, 2000). Todos os dados e informação recolhida foram comunicados aos profissionais de saúde e pais e incorporados na prática.

Ao pesquisar com base na evidência científica, aprofundei os meus conhecimentos neste âmbito sendo capaz de comunicar os resultados de investigação quer aos profissionais de saúde, quer os pais, no sentido de os orientar para os melhores cuidados, potencializando os seus conhecimentos e habilidades.

Assim, fico com a esperança que possa ter modificado algum comportamento e que incentivei a investigação por parte dos colegas, fomentando para uma prestação de cuidados com base em evidência e não somente porque foi assim que aprendeu, ou assim que ouviu. Para além da evidência científica, ao comunicar os resultados obtidos, demonstro compreensão relativa a estas implicações e benefícios da prática baseada na evidência, incorporando na prática profissional os resultados da investigação.

Ainda em contexto de investigação, a dor (Batalha, 2010) e a amamentação foram temas estudados. A nível da amamentação, após me deparar com inúmeros obstáculos

colocados pelos pais, após o momento da alta hospitalar, tentei perceber se havia evidência científica que justificasse o stress, a opinião da família como fatores decisivos no abandono da amamentação, uma vez que “tinha essa noção”, mas não estava comprovada (Pinto, 2008; Arantes, 1995; Bosi & Machado, 2005). Assim, pude constatar cientificamente a teoria que possuía.

Após a leitura dos diferentes artigos, constatei mais uma vez a importância da nossa intervenção ao nível da amamentação, com vista a minimizarmos os fatores, bem como auxiliar os pais a ultrapassar os obstáculos que forem surgindo. O que muitas vezes pode ser um simples problema, para os pais pode constituir um aspeto que comprometa o desenvolvimento e exercício do papel parental (Reis, 2011) e, conseqüentemente, comprometer a saúde da criança (proporcionando, por exemplo, uma ingestão nutricional adequada).

A amamentação, um tema atual da nossa prática, funciona como uma estratégia no alívio da dor do RN (Leite, Castral & Scochi, 2006; Linhares & Doca, 2010). Durante a minha prática, principalmente em contexto de SUP e CSP, procurei mostrar, com base em evidência científica, as vantagens da amamentação (da sucção) no alívio da dor (como medida não farmacológica). Sempre que punccionava uma criança para colheita, ou outros procedimentos invasivos, solicitava à mãe para colocar o filho ao seio. Inicialmente tal atitude era observada de forma estranha, mas ao longo do tempo os colegas foram observando que tal comportamento é, de facto, positivo quer para a criança, quer para a nossa prestação, facilitando a nossa intervenção. Refleti com os colegas sobre esta temática, abordando o sucesso da minha prática diária e forneci material de apoio bibliográfico. Fico com a esperança que, assim, possa ter modificado algum comportamento e que promovi a investigação por parte dos colegas.

Assim, consegui intervir, significativamente, a nível da parentalidade, uma vez que a mãe sentia-se parceira no cuidar, beneficiando a criança, com o conforto e alívio da dor. De facto, segundo Reis (2007) os pais manifestam o desejo de serem reconhecidos como parceiros nos cuidados e os sentimentos de competência e realização que vivem por se sentirem confiáveis, ajuda-os, de forma construtiva, na recuperação do estado e condição de saúde do filho, tal como evidenciado na minha prática.

Efetivamente adquiri conhecimentos e competências, sentindo-me mais apta para intervir em domínios, principalmente a nível da investigação, que antes subvalorizava e hoje se me impõem como fundamental.

Desta forma, posso referir que consegui atingir este objetivo, pois tenho consciência que antes de iniciar este curso, possuía poucas competências e estratégias para saber utilizar

o conhecimento na evidência científica. Considero que estou mais apta para procurar e seleccionar informação e formação adequada. Por este motivo, considero que este percurso constituiu uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

2 – ANÁLISE CONCLUSIVA

A prática atual de enfermagem reflete, claramente, a importância dos cuidados de enfermagem responderem às necessidades da criança e sua família, visando a sua satisfação. Assim, surgem desafios constantes para os enfermeiros havendo uma necessidade premente de aumentar e desenvolver o conhecimento específico, de forma a ser possível prestar cuidados mais especializados, mais in loco, o que só se tornou mais exequível através da procura de uma formação mais especializada.

Com a concretização deste relatório, que se revela essencial neste percurso de ensino-aprendizagem, fui capaz de refletir e analisar criticamente os aspetos mais relevantes do estágio, não só do ponto do atingimento dos objetivos e da aquisição de competências, mas igualmente a nível pessoal. Senti-me evoluir!

Ao analisar criticamente o meu percurso, refleti sobre as competências inerentes ao título do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, sendo capaz de acompanhar essas mesmas competências, enquanto aluna em formação.

De uma forma mais concreta e sucinta penso ter atingido os objetivos previamente delineados por mim e conseqüentemente ter desenvolvido as competências enunciadas pela faculdade. Contudo, analisado criticamente todo o percurso, algumas competências, apesar de trabalhadas, necessitavam de ser melhor desenvolvidas: abordo a competência ligada à supervisão do exercício profissional e colaboração na integração de novos profissionais, circunstâncias que não surgiram no decurso do estágio. Contudo, refleti neste âmbito, procurando respostas que clarificassem todo este processo supervisivo, no sentido de compreender a dinâmica dos enfermeiros a este nível. Assim, mediante todo o percurso de aprendizagem efetuado (alcance dos objetivos e desenvolvimento das competências), apreendendo cada experiência vivenciada, fui construindo o meu próprio desenvolvimento pessoal e profissional, necessário para me tornar uma enfermeira apta a prestar cuidados especializados: adquiri conhecimentos na área de especialização e apliquei-os na resolução de problemas e novas situações que foram surgindo nos diferentes contextos; refleti na e sobre a prática, lidando com questões complexas e desenvolvi soluções, para além de ser capaz de comunicar as minhas conclusões e os conhecimentos a elas inerentes.

Espero ter conseguido, através da organização do meu relatório, retratar o meu percurso e aquilo que foi para mim este período de aprendizagem constante. Espero ter sido clara, objetiva e assertiva nesta minha exposição e reflexão crítica, enunciando o meu processo auto-formativo. A metodologia utilizada constituiu uma mais-valia, uma vez que a

adoção de processos reflexivos fomentou a aprendizagem, direcionando em busca de novos saberes, saberes fundamentados e na sua aquisição e integração.

Refletindo sobre o trajeto que efetuei constato, agora, a curiosidade com que cheguei a este mundo que constituirá a minha vida e me gratificará ao longo de todo o meu percurso profissional. De facto este é o meu verdadeiro mundo, o mundo das crianças, que me faz esquecer de todo o meio envolvente e me faz dedicar toda a tenção e disponibilidade.

Abertura à experiência, ansiedade, curiosidade, vontade de aprender, de praticar e satisfação, são as características que me acompanharam desde o início, aliadas ao intenso desejo de dar sempre o meu melhor em tudo o que faço e que digo e, deste modo, atingir o crucial objetivo pela qual trabalho e luto: responder a qualquer necessidade de cada criança/família que conheço com vista a adquirir o máximo de saúde e bem-estar possível.

Fui evoluindo de forma gradual, apreendendo as diferentes experiências, refletindo acerca das mesmas, sempre numa perspetiva de analisar o que aprendi, o que falhou, o que poderia ter sido feito, o que seria mais benéfico de fosse feito de outra forma. Só assim foi possível constituir aprendizagens significativas. Foram surgindo obstáculos, dificuldades, que foram sendo ultrapassadas com estudo, com pesquisa e com reflexão conjunta com os enfermeiros experientes. Todos estes “entraves” foram positivos, uma vez que foram impulsionadores para o crescimento e evolução.

A questão da parentalidade, como foco de atenção do meu percurso foi sempre tida em conta e valorizada, apresentando-se como transversal em todo o contexto. Cada momento em contacto com os pais foi ponderado, no sentido de tomar a melhor decisão, fundamentada, e obter os melhores resultados. Ao longo do caminho, fomentei a aliança parental, através de uma intervenção flexível e de partilha, bidirecional, sendo capaz de ouvir e atribuir a devida importância aos conhecimentos e habilidades apresentadas, potenciando-os e direcionando no sentido de um desenvolvimento infantil e juvenil saudável e feliz.

É já em jeito de conclusão que me pronuncio, revelando que nestas semanas que vivi em estágio, tudo me marcou e interessou, não podendo deixar de afirmar que cada momento ficou presente nas minhas recordações, fazendo-me evoluir como profissional. O estágio decorreu sem intercorrências sendo que são raras as sugestões ou situações que gostaria ter visto desenvolvidas de diferente forma.

Termino, então, este trabalho tal como experimento a aproximação de uma nova fase! Indubitavelmente, com o decorrer do tempo cresce em mim a certeza de que esta é, realmente, a área que me realiza! Concluo, assim, referindo que *cuidar de crianças é um privilégio!*

3 – BIBLIOGRAFIA

- Alves C. & Gomes, F. (2002). Prevenção de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UNISA*, 3, 63-69.
- Amaral, J. (2008). *Tratado de Clínica Pediátrica*. Amadora: Abbott Laboratórios, 1256.
- Amaral, N. (2009). *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados - a visão das enfermeiras*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Arantes, C. (1995). Amamentação: visão das mulheres que amamentam. *Jornal de Pediatria*, 71 (4), 195-202.
- Associação para a Promoção de Segurança Infantil (2007). APSI, Relatório de Avaliação Centro de Informação Itinerante 2007 [em linha]. Acedido Janeiro 10, 2012, em <http://www.apsi.org.pt/24/relatorio.pdf>.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lousã: Lidel.
- Bosi, M. & Machado, M. (2005). Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos de ESP – Escola de Saúde Pública do Ceará*, 1 (1).
- Bullock, L. [et al] (2006). Integrative review of parenting in nursing research. *Journal of Nursing Scholarship*, 56-62.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, (21), 716-722.
- Casey, A. & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 84 (44).
- Cordazzo, S. & Vieira, M. (2007). A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ*. 7 (1), 92-104. Acedido Dezembro 22, 2011, em <http://www.revispsi.uerj.br/v7n1/artigos/pdf/v7n1a09.pdf>.
- Corlett, J. & Twycross, A. (2006). Negotiation of parental roles within family centered care: a review of the research. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1308-1316.

- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto. Coimbra. ISBN 989-558-054-1.
- Darmstadt, G. & Dimulos, J. (2000). Neonatal Skincare. *Pediatr Clin North Amer*, 47(4), 757-782.
- Decreto-Lei nº91/09 de 9 de Abril. *Diário da República nº 70 – I Série A*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. *Diário da República nº 93 – I Série A*. Ministério da Educação.
- Decreto-Lei nº 496/77 de 25 de Novembro. *Diário da República nº 273 – I Série*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Dias, J. (2004). *Formadores: que desempenho?* Loures: Lusociência. ISBN 972- 8383-75- 4.
- Direção Geral de Saúde (2005). Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Actuação. *Orientações Técnicas, 12*. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-084-9/ISSN 0871-2786.
- Einon, D. (1999). *Aponder cedo*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Faquinello, P.; Higarashi, I. & Marcon, S. (2007). O atendimento humanizado em unidade pediátrica – percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enfermagem*, 16 (4), 609-616.
- Fernandes, J.; Machado, M. & Oliveira, Z. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86 (1). Acedido Janeiro 5, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>.
- Fonseca, M. (2006). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem: perspectivas do docente*. Coimbra: Formasau Formação e Saúde, Lda. ISBN 972-8485-68-9.
- Foureur, M. [et al.] (2011). The effectiveness of glucose in reducing needle-related procedural pain in infants. *Journal of Pediatric Nursing XX*, 1-15.
- Gasparido, C.; Linhares, M. & Martinez F. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81 (6), 435-442.
- Hansen, J. [et al.] (2007). O brincar e suas implicações para o desenvolvimento infantil a partir da psicologia evolucionista. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento*

Humano,17 (2),133-143. Acedido Dezembro 22, 2011, em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v17n2/14.pdf>.

- Heaman, M.; Chalmers, K. & Woodgate, R. (2006). Early childhood home visiting programme – factors contributing to success. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3) 291-300.
- Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7 ed). Brasil: Elsevier Editora.
- Janssen, P. A. [et al.] (2003). To dye or Not to Dye - A Randomized, Clinical Trial of a Triple Dye/Alcohol Regime Versus Dry Cord Care. *Pediatrics*, 111(1), 15-20.
- Jorge, A. M. (2004). Família e hospitalização da criança – (re)pensar o cuidar em enfermagem. Loures: *Lusociência*.
- Kamada, I. & Rocha, S. (2007). Assistência de Enfermagem em Unidades de Internação Neonatal: medidas para prevenção de infecções hospitalares [em linha]. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 5 (1), 37-48. Acedido Outubro 17, 2011, em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a05.pdf>.
- Lamy, Z. [et al.] (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência e Saúde Colectiva*, 10, 659 – 668.
- Lawhon, G. (2002). Facilitation of parenting the premature infant within the newborn intensive care unit. *Jornal of Perinatal & Neonatal Nursing*,16, 71 – 85.
- Lei nº 59/07 de 4 de Setembro. *Diário da República nº 170 – I Série*. Ministério da Justiça. Acedido Março 12, 2012 em <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/09/17000/0618106258.PDF>.
- Leite, A.; Castral, T. & Scochi, C. (2006). Pode a amamentação promover o alívio da dor aguda em recém-nascidos? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (4), 538-542. Acedido Janeiro 29, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a12v59n4.pdf>.
- Linhares, M. & Doca, F. (2010). Dor em neonatos e crianças – avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em psicologia*,18 (2). ISSN 1413-389X. Acedido Janeiro 29, 2012, em <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a05.pdf>.
- Long, A. [et al.](2001). The effectiveness of parenting programmes facilitated by health visitors. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (5), 611-620.

- Lopes, A. & Nunes, L. (1995). Acerca da Triologia - Competências Profissionais / Qualidade dos cuidados – Ética; *Revista Nursing*, 90/9,10-13.
- Lopes, S. [et al.] (2005). O Papel Parental como foco de atenção para a prática de Enfermagem. *Sinais Vitais*, 63.
- Lopes, M.; Catarino, H.; & Dixe, M. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 109-118.
- Meleis, A. [et al.] (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23,12-28.
- Mercer, R.; Ferketich, S. & DeJoseph, J. (1993). Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Research in Nursing & Health*, 16, 45-56.
- Ministério da Saúde (2009). *PASSEzinho – Educação Alimentar e Promoção da Saúde: Manual do Dinamizador Jardim-de-Infância*. Departamento de Saúde Pública. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Divisão de Saúde Escolar. Lisboa.
- Normas da APA (2010). *Manual estilo APA, 6ed: referências bibliográficas, normas e estilos* [em linha]. Aveiro: Biblioteca da Universidade de Aveiro. Acedido Fevereiro 28, 2012, em <http://issuu.com/bibliotecasua/docs/manualestiloapa6ed>.
- Oliva, M, & Salgado, M. (2003). Cuidados básicos de puericultura ao recém-nascido. *Saúde Infantil*, 25 (2), 5-12. Acedido Janeiro 4, 2012, em http://areadospais.asic.pt/article_files/cuidados_puericultura_recem_nascido.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos OE*, 1 (3). Lisboa: Ordem Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de posição*. Acedido a Fevereiro 20, 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. *Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusodidacta.

- Pinto, T. (2008). Promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno na comunidade. *Arquimed*, 22 (2/3), 57-68. ISSN 0871-3413.
- Reis, G. (2007). *Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Reis, P. (2011). *Factores que influenciam as estratégias de coping dos pais no processo de transição para a parentalidade*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Ribeiro, M.; Santos, S. & Meira, T. (2006). Refletindo sobre liderança em Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10 (1), 109 - 115.
- Schumacher, K.L. & Meleis, A.I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26, 119-127.
- Soares, H. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade – Intervenção de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Sousa, M. (2000). *Sexualidade na Adolescência*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Trotter, S. (2004). Care of the Newborn: Proposed new guidelines [em linha]. *British Journal of Midwifery*, 12 (3). Acedido Maio 4, 2011, em <http://www.sharontrotter.org.uk/bjmNew.htm>.
- Vigotski, L. (2008). A brincadeira e o seu papel no desenvolvimento psíquico da criança. *Revista Virtual de Gestão de Iniciativas Sociais*, (23). ISSN1808-6535. Acedido Dezembro 22, 2011, em <http://xa.yimg.com/kq/groups/32960205/729519164/name/artigo+ZOIA+PRESTES.cg--pdf>.
- Zupan, J. & Garner, P. (2000). Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database Syst Rev*. (2). CD001057.

4 - ANEXOS

ANEXO I – Atividades desenvolvidas (Consulta de Saúde Infantil e Juvenil)

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

IDADE	ATIVIDADE	N.º DE CRIANÇAS
1 Mês	Consulta de vigilância	1
2 Meses	Consulta de vigilância e vacinação	2
6 Meses	Consulta de vigilância e vacinação	1
9 Meses	Consulta de vigilância	2
12 Meses	Consulta de vigilância	1
15 Meses	Consulta de vigilância e vacinação	2
18 Meses	Consulta de vigilância e vacinação	1
2 Anos	Consulta de vigilância	1
4 Anos	Consulta de vigilância	4
5 Anos	Consulta de vigilância – exame global	1
6 Anos	Consulta de vigilância e vacinação	3
7 Anos	Consulta de vigilância	2
8 Anos	Consulta de vigilância	1
9 Anos	Consulta de vigilância	2
10 Anos	Consulta de vigilância e vacinação	1
13 Anos	Consulta de vigilância e vacinação	2
17 Anos	Vacinação	1
TOTAL DE CONSULTAS		29

ANEXO II – Vacinação

VACINAÇÃO

IDADE	VACINAS	N.º DE VACINAS ADMINIST.
2 Meses	VHB + DTPHibVIP	2 + 2
6 Meses	VHB + DTPHibVIP	2
15 Meses	MenC + VASPR	2 + 2
18 Meses	DTPHib	1
6 Anos	DTPVIP + VASPR	3 + 3
10 Anos	Td	1
13 Anos	HPV	2
17 Anos	HPV	1
TOTAL VACINAS		22 Vacinas

Vacinas contra:

VHB – Hepatite B

DTP – Difteria, tétano e Tosse Convulsa

Hib – Haemophilus Influenzae b

VIP – Poliomielite

Td – Tétano

MenC – Meningococo C

VASPR – Sarampo, Parotidite e Rubéola

ANEXO III – Focos de atenção (triagem)

Focos de atenção respeitantes à triagem realizada

- Colheita de dados efetuada no período compreendido entre 31.10.2011 e 22.11.2011

Situação	Nº crianças (80)
Febre	21
Odinofagia	2
ITU'S	2
Ingestão Medicamentosa	3
TCE leve	3
TCE moderado	2
Trauma dental	3
Dificuldade respiratória	7
Dor Abdominal	5
Otalgia	2
Contusão/entorse	6
Fractura membro superior	2
Vómitos e Diarreia	15
Alteração aparelho genito-urinário	1
Queimaduras	3
Conjuntivite	3

Idade das crianças	Nº de casos
0 – 2 anos	24
3 – 5 anos	15
6 – 8 anos	12
9 – 11 anos	9
12 – 14 anos	11
15 – 18 anos exclusivé	9

ANEXO IV – Ação de Educação para a Saúde a pais



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL
E PEDIATRIA**

**Planeamento da Sessão
“ A importância do Brincar ”**

Módulo I

Aluna: Fátima Barros

Matosinhos, Janeiro de 2012

ÍNDICE

	Folha
0 – INTRODUÇÃO	3
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO.....	4
2 – POPULAÇÃO ALVO	6
3 – AGENDAMENTO	6
4 – OBJECTIVOS	6
4.1 – Objectivos do formador.....	6
4.2 – Objectivos educacionais.....	6
5 – CONTEÚDOS DA ACÇÃO	7
6– RECURSOS	7
7 – ESTRATÉGIAS/METODOLOGIAS	8
8 – PLANO DE SESSÃO	9
9 – CONCLUSÃO	11
10 – BIBLIOGRAFIA.....	11
11 – ANEXOS.....	11
Anexo I – Apresentação em formato power-point	
Anexo II - Ficha de avaliação	
Anexo III – Folheto informativo	

INTRODUÇÃO

Promover a Parentalidade é uma temática corrente e uma prática constante na prestação de cuidados diária dos Enfermeiros. Assim, assume-se como um imperativo numa prática de cuidados de excelência, pelo que se torna essencial que os enfermeiros se mantenham informados sobre os vários itens e sobre as várias temáticas que envolvem este foco da nossa atenção.

No âmbito do Estágio do Módulo I, realizado na UCC de Matosinhos, tenho a oportunidade de trabalhar esta temática de forma a contribuir para uma parentalidade adequada e o mais saudável possível, transmitindo aos pais conhecimentos e habilidades necessárias. Muitos foram os esforços nesse sentido e muitos os obstáculos ultrapassados, tendo sempre a satisfação de observar ganhos a este nível.

No decorrer deste percurso de aprendizagem fui atendendo a aspectos em que poderia participar e intervir na Promoção da Parentalidade, juntamente com as Enfermeiras responsáveis pelo Projecto Bem-Me-Quer, que fazem um trabalho fundamental nesta área.

Assim sendo, e não descurando o tema que pretendo que seja transversal em todo este meu percurso de especialização, torna-se importante que se desenvolva um trabalho de informação e promoção dos conhecimentos dos pais a nível da estimulação do desenvolvimento da criança, com abordagem sobre a importância do brincar. Se os pais estiverem esclarecidos podem promover, de forma mais adequada e com mais facilidade um desenvolvimento harmonioso do seu filho.

Como aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do estágio de Saúde Infantil – Módulo I, propus-me a integrar o “*Projecto Bem-Me-Quer*”, com intervenção a nível da “*Estimulação do Desenvolvimento*”. Tendo em conta a pertinência desta temática e tendo a consciência da importância deste conhecimento, que pode contribuir para um melhor desenvolvimento, e conseqüentemente, para o melhor bem-estar possível das nossas crianças, integro este projecto com afinco e motivação.

I. CONTEXTUALIZAÇÃO

A parentalidade tem sido, actualmente, uma temática que tem merecido a atenção de diferentes disciplinas, entre as quais se destaca a enfermagem. Cruz (2005) afirma que a parentalidade constitui um “conjunto de acções encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe a família e, fora dela, na comunidade”. Criar e cuidar de uma criança é um desafio que comporta um elevado grau de responsabilidade para os progenitores, pela complexidade de competências e saberes necessários, e exige profundas alterações nos papéis do casal, acompanhadas de necessidades de redefinição e reorganização de projectos de vida, com padrões de prestação de cuidados que podem influenciar a interacção pais-criança no futuro.

Meleis (2000) deixa claro a importância dos enfermeiros para que haja uma transição saudável. Para esta autora somos os cuidadores que têm a capacidade para preparar as pessoas para as transições e que facilitam o processo de aprendizagem de novas competências, de forma a contribuir para uma vivência saudável da criança. Assim, não poderia deixar passar esta oportunidade de estágio de através do “Projecto Bem-Me-Quer”, contribuir para o esclarecimento dos pais e, conseqüentemente, para um crescimento e desenvolvimento saudável e feliz da criança.

No âmbito do Estágio do Módulo I – Saúde Infantil, propus-me a participar activamente no Projecto de Enfermagem para a Parentalidade, designado por Projecto Bem-me-quer. Na UCC de Matosinhos este projecto é da responsabilidade da enfermeira especialista em saúde materna Conceição Santa Marta e da enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria Fiama Marques, que me proporcionou esta oportunidade.

O presente projecto tem como objectivo melhorar o estado de saúde da população parental e infantil do Concelho de Matosinhos, providenciando aos pais (cuidadores ou substitutos) a informação, recursos e suporte necessários aos cuidados com a criança, no sentido de otimizar o seu crescimento e desenvolvimento. Promover as competências no exercício da parentalidade assume-se como o objectivo primordial do projecto, que inclui actividades como o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, Curso de Massagem Infantil, Curso de Educação Parental e Cantinho da Amamentação.

Com o objectivo de integrar este projecto, tornou-se oportuno intervir no âmbito da Educação Parental, um curso que é constituído por várias sessões em grupo, sobre temas previamente definidos ou sugeridos pelos pais, de acordo com as suas necessidades específicas, funcionando como grupo de apoio e que tem por base a discussão, reflexão e partilha de experiências. Assim, em discussão com a Enfermeira Fiama, escolhi o tema “A importância do Brincar”, no âmbito da Estimulação do Desenvolvimento.

A escolha do tema prende-se com a noção de que o brincar e a sua importância é um pouco descurada pelos adultos. Será que os adultos assumem a brincadeira como algo fundamental para o desenvolvimento dos seus filhos? Será que os pais assumem-se como elementos essenciais e activos no brincar, de forma a promover o desenvolvimento?

O brincar torna-se primordial no sentido de promover e favorecer o desenvolvimento da criança. É através da brincadeira que a criança vai aprender, descobrir o mundo e vai adquirir conhecimento sobre como lidar com os objectos, tempo, espaço, estruturas e pessoas. Para além disso, a criança ao brincar vai ser capaz de aprender sobre si mesma e como responder ao mundo envolvente. *“Brincar é o trabalho da criança. Ao brincar, ela continuamente pratica o processo complicado e stressante de viver, de se comunicar e de alcançar relacionamentos satisfatórios com outras pessoas”* (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006). Assim, o brincar adquire inúmeras funções, revelando-se essencial para o desenvolvimento sensorio-motor, desenvolvimento intelectual, para a socialização, criatividade e auto-consciencialização. Para além disso, a brincadeira é considerada como terapêutica (valor terapêutico) e como significativa para o desenvolvimento moral (valor moral).

O envolvimento dos pais na brincadeira revela-se de vital importância, pelo que a consciencialização desta presença por parte dos pais torna-se essencial. Os pais podem proporcionar momentos e brincadeiras capazes de promover de forma adequada o desenvolvimento da criança, potenciando as suas aprendizagens. O brinquedo pode surgir nesta relação como um auxílio/apoio, como um elemento de união entre ambos e não como um substituto. Assim, o brinquedo escolhido para a criança pode apoiar e melhorar o desenvolvimento da criança nas áreas abordadas anteriormente.

Por conseguinte, o presente tema revela-se uma temática importante e essencial para a abordagem no Curso de Educação Parental, no sentido de promover a parentalidade e, consequentemente, promover as habilidades parentais no sentido de adequar o tipo de brincadeira/brinquedo à idade do seu filho.

2. POPULAÇÃO ALVO

A presente sessão destina-se ao grupo de pais inscritos no Curso de Educação Parental.

3. AGENDAMENTO

A sessão será realizada na UCC de Matosinhos, na sala do Curso para a Parentalidade, no dia 17 de Janeiro de 2012, pelas 15h, com duração 60 minutos (com espaço para discussão e partilha de experiências).

4. OBJECTIVOS

4.1 OBJECTIVOS DO FORMADOR

- Promover a Parentalidade
- Transmitir informação sobre como brincar de forma adequada com a criança, com o intuito de promover o seu desenvolvimento

4.2 OBJECTIVOS EDUCACIONAIS

- Que os pais fiquem sensibilizados para a importância do brincar;
- Que os pais encarem o brincar como promotor do desenvolvimento;

- Que os pais conheçam as diferentes etapas de desenvolvimento da criança;
- Que os pais associem as brincadeiras mais adequadas para cada fase de desenvolvimento;
- Que os pais conheçam os brinquedos mais adequados à fase de desenvolvimento da criança;
- Que os pais fiquem sensibilizados para a importância da sua participação na brincadeira.

5. CONTEÚDOS DA ACÇÃO

Na presente sessão serão abordados como conteúdos/temáticas associadas ao foco central:

- A importância do brincar;
- As diferentes funções do brincar;
- As características das diferentes etapas de desenvolvimento (0-12 meses)
- As brincadeiras adequadas de acordo com a etapa de desenvolvimento;
- A importância da participação dos pais.

6. RECURSOS

A presente sessão visa a utilização de:

- Espaço físico - sala;
- Computador;

- Data-show;
- Apresentação em formato power-point
- Questionário de avaliação dos conhecimentos dos pais;

7. ESTRATÉGIAS/METODOLOGIAS

Para a sessão a apresentar serão utilizadas como estratégias e metodologias na fase de apresentação, o método expositivo e interactivo, na fase de desenvolvimento, onde serão abordados os conteúdos, utilizar-se-á o método expositivo, interactivo e audiovisual. Já na conclusão os métodos escolhidos serão o método interactivo e interrogativo. Ainda nesta fase será apresentado um questionário que avaliará os conhecimentos adquiridos por parte da população alvo.

8. PLANO DA SESSÃO

	<i>Duração</i>	<i>Conteúdo</i>	<i>Metodologia</i>	<i>Avaliação</i>
INTRODUÇÃO	8 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos formadores; - Apresentação do tema, objectivos e sumário da sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> - Método interactivo - Método expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback do público: observar o entusiasmo do mesmo, bem como o seu interesse; - Postura do público; - Aceitação do público;
DESENVOLVIMENTO	32 Minutos	<p>Apresentação da temática, através de uma exposição em formato power-point, onde serão abordados os seguintes itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importância do brincar; - Funções do brincar; - Diferentes etapas de 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo - Método interactivo - Método audiovisual 	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback do público; - Postura do público; - Participação do Público: observação da sua atenção, interagindo com o mesmo.

		desenvolvimento; - Brincadeiras adequadas à etapa de desenvolvimento; - Importância da participação dos pais.		
CONCLUSÃO	20 Minutos	- Avaliação imediata através de um espaço com questões breves e simples, que visam avaliar os conhecimentos adquiridos; - Avaliação formal através de questionário; - Discussão/partilha de ideias; - Reforço das ideias-chave.	- Método interativo - Método interrogativo	- Feedback do público; - Participação do público: Observação da interiorização, assimilação e compreensão dos aspectos abordados relativos ao tema.

9.CONCLUSÃO

Com a presente sessão de formação pretendo atingir, com sucesso, os objectivos estipulados e contribuir para o esclarecimento dos pais com vista à promoção da parentalidade e ao alcance de uma criança mais saudável e feliz.

10.BIBLIOGRAFIA

- Cruz, O.: Parentalidade. Quarteto, Coimbra, 2005. ISBN: 989-558-054-1.
- Hockenberry, J.: Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Tradução da 7ª Edição, Elsevier Editora. Brasil: 2006
- Meleis, A. [et al]: Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23, 2000, p.12-28

11.ANEXOS

Anexo I – Apresentação em formato power-point

Anexo II - Ficha de avaliação

Anexo III – Folheto informativo

ANEXOS

ANEXO I – Apresentação em power-point

Projeto Bem-Me-Quer
Promoção da Parentalidade

ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR



Enf.ª Fátima Barros (Universidade Católica do Porto)
Enf.ª Fiama Marques (UCC Matosinhos)


Janeiro, 2012

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

A **brincadeira** é uma actividade importante para o desenvolvimento da criança

Nem sempre é reconhecida pelos adultos

Não relacionam a brincadeira com o desenvolvimento



A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

O brincar será algo de trivial, será um desperdício de tempo?

- “Ele só brinca”
- “Ela nunca para de brincar”
- “Brincar com eles...que parvoíce”
- “Eu não sei brincar com o meu filho”
- “Ele entretém-se com qualquer coisa”
- “Ainda não é capaz de fazer nada... só brinca”

Sociedade → Ênfase no rendimento escolar → Onde cabe o BRINCAR?

→ Sucesso económico

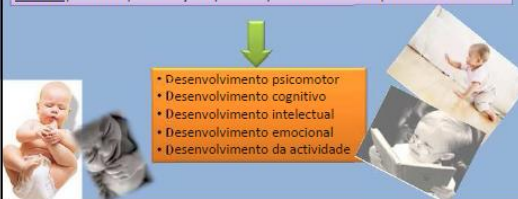
→ Importância do trabalho

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

O **BRINCAR** é essencial para o crescimento e desenvolvimento do seu filho

BRINCAR possibilita que a criança adquira as *capacidades* essenciais para o seu crescimento

- Desenvolvimento psicomotor
- Desenvolvimento cognitivo
- Desenvolvimento intelectual
- Desenvolvimento emocional
- Desenvolvimento da actividade



A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

Ao **BRINCAR** o seu filho:

- Sente o seu corpo em funcionamento
 - Cria a sua própria individualidade
- Aprende a relacionar-se com os outros
 - Controla a sua ansiedade
- Aprende a mexer nos objectos
 - Adquire sentimento de controlo de si próprio
- Comunica: ajuda a expressar emoções e pensamentos
 - Cria a sua própria autonomia
- Explora o mundo
 - Sente-se bem

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

O **BRINCAR** torna-se essencial ao desenvolvimento desde que adequado à criança, à idade...

O QUE É QUE O MEU FILHO É CAPAZ DE FAZER?

O QUE É ESPERADO?

QUANDO É CAPAZ DE FAZER DETERMINADA ACTIVIDADE?



Filme

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

1
MÊS

- Tentativas de levar a mão à boca
- Tem reflexo de marcha e de subir o degrau
- Segue bola encarnada a 20 cm
- Vira os olhos ao som de uma roca a 20 cm
- Vira os olhos e cabeça à resposta humana
- Olha a face da mãe quando fala ou alimenta
- A cabeça pende para trás até à posição vertical
- Emite ruídos guturais quando satisfeito
- Estabelece períodos de interação com a mãe
- Pára de chorar se lhe falar, segure nos braços ou pegue ao colo

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

COMO BRINCAR COM O MEU FILHO?

Cante/fale para o seu filho

Caixinas de música ou outros objectos com sons

1
MÊS

Objectos coloridos (vermelho)

Toque

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

3
MESES

- Em decúbito ventral, levanta activamente a cabeça apoiando-se nos antebraços
- Puxado para a posição de sentado, a cabeça acompanha o movimento a partir do meio do percurso
- Mãos** abertas – descobre-as e brinca com elas
- Segura alguns instantes a roca que lhe é colocada na mão
- Segue os objectos com os olhos
- Vocaliza
- Sorri quando se fala com ele

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

COMO BRINCAR COM O MEU FILHO?

Estímulos auditivos

Fale/interage com o seu filho

Passeie

Estímulos cinéticos

Estímulos auditivos

Objectos com sons e músicas (móviles)

Balance

Estímulos cinéticos

1 - 3
MESES

Estímulos visuais

Objectos coloridos e com movimento

Massagem

Estímulos tácteis

Estímulos visuais

Ambientes claros e escuros

Carícias

Estímulos tácteis

Estímulos visuais

Posição vertical (cadeirinha)

Movimente corpo

Estímulos tácteis

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

6
MESES

- Controla a cabeça
- Em decúbito ventral, apoia-se nas mãos, com os braços estendidos
- Em pé sustenta o peso do corpo sobre os membros inferiores, de forma intermitente
- Puxada pelas mãos faz força para se sentar
- Deitada de costas, levanta as pernas na vertical e segura um pé, ou os dois com as mãos
- Preensão palmar
- Se o objecto cai, imediatamente o esquece
- Vocaliza muito
- Procura fonte sonora
- Interessado pelo meio ambiente

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

COMO BRINCAR COM O MEU FILHO?

Estímulos auditivos

Ria/fale com o seu filho

Coloque o seu filho no chão

Estímulos cinéticos

Estímulos auditivos

Repita os sons

Várias posições (sentar, gatinhar, balançar)

Estímulos cinéticos

Estímulos auditivos

Sinos, chocalhos, guizos

Cadeira de baloiço

Estímulos cinéticos

Estímulos auditivos

Sons de animais

Cadeira de baloiço

Estímulos cinéticos

Estímulos auditivos

Caixas de música/móviles

Brincar na e com a água

Estímulos tácteis

3 - 6
MESES

Estímulos visuais

Móviles

Texturas macias (mantas, brinquedos) e diferentes

Estímulos tácteis

Estímulos visuais

Espelhos inquebráveis

Bolas e cubos

Estímulos tácteis

Estímulos visuais

Panos/tecidos de cores fortes

Peluches

Estímulos tácteis

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

9 MESES

- Senta-se sozinho
- Passa de uma posição para a outra (sentado, de gatas)
- Tem equilíbrio quando se inclina para os lados/frente
- Põe-se de pé apoiando-se
- Tenta pegar num pequeno objecto entre o polegar e o indicador
- Transfere os objectos de uma mão para a outra
- Procura o objecto que cai
- Repete sons ou sílabas
- Começa a praticar a imitação

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

COMO BRINCAR COM O MEU FILHO?

Estímulos auditivos

. Fale/interaja com o seu filho . Sons de animais . Caixas de música/móviles . Dê-lhe a entender que é correcto comunicar	. Sentar e cavalgar em cima do joelho . Movimento cima/baixo . Use o parque . "Esconde-esconde"
--	--

Estímulos cinéticos

6 - 9
MESES

Estímulos visuais

. Móviles/ <u>tapetes</u> . Livros com <u>imagens/cores/texturas/luzes</u>	. <u>Brincar na e com a água</u> . Dê um brinquedo e depois outro a seguir/atire uma bola (estímulo 2 mãos) . Dê brinquedo mole para mascar e sugar
---	---

Estímulos tácteis

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

12 MESES

- Senta-se sem apoio
- Passa de uma posição para a outra (sentada, de gatas, de pé)
- Quando sentado, vira-se para agarrar objectos
- Anda com apoio
- Explora e manipula objectos
- Pega num objecto pequeno (smartie) entre o polegar e o indicador
- Atra, voluntariamente, objectos para o chão
- Procura objecto escondido
- Imita o esconder de objecto
- Compreende ordens simples
- Imita certos gestos ou mímicas
- Sacode a cabeça para dizer não

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

COMO BRINCAR COM O MEU FILHO?

Estímulos auditivos

. Fale/interaja com o seu filho . Imita sons (animais...) . Cante música . Conte histórias . Estimule a linguagem	. Banquinho/suporte para apoio . "Esconde-esconde" . Crie espaços livres . Aponte para os objectos . Brinquedos "empurrar - puxar"
---	--

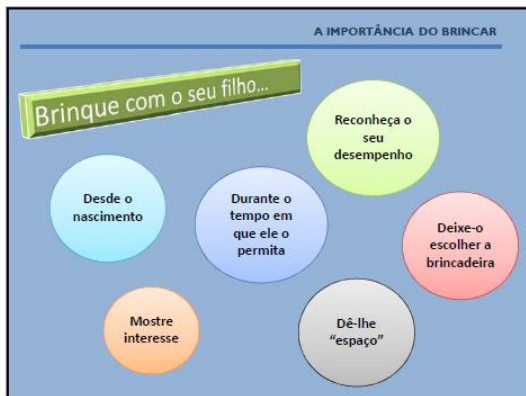
Estímulos cinéticos

9 - 12
MESES

Estímulos visuais

. Figuras geométricas (faça torre com 2 blocos) . Livros com <u>imagens/texturas/velcro</u> e esponjas . Ofereça copo e colher . Bolas grandes	. Brinquedos com <u>botões para carregar</u> (telefone)/ esconderijos . <u>Jogos de encaixe/empilhar</u> . Trabalhe a "pinça" (oferecer objectos pequenos) . Permita mexer na comida
---	---

Estímulos tácteis



Livros para consulta:

1 – O Mundo da Criança

Autores: Diane E. Papalia; Sally Wendkos Olds e Ruth Duskin Feldman
Editora: McGraw-Hill

2 – Aprender Cedo

Autor: Dorothy Einon
Editora: Editorial Estampa

ANEXO II – Ficha de avaliação

Ficha de Avaliação



Formação	A importância do Brincar	Acção N.º	-----
Módulo	Curso de Educação Parental	Data	17 de Janeiro de 2012
Formador	Enf. Fátima Barros/ Enf. Fiana Marques	Cotação	-----
Formando	-----	Classificação	-----

Questão 1.a.

Assinale com uma cruz (X) todas as afirmações que lhe pareçam correctas:

- A brincadeira é essencial para o desenvolvimento da criança.
- Brincar possibilita que a criança adquira capacidades essenciais para o seu desenvolvimento.
- Brincar só influencia o desenvolvimento motor.
- Ao brincar a criança cria a sua própria autonomia.
- A brincadeira não contribui para a criança se relacionar com os outros.
- Com um mês de idade a criança consegue ver a qualquer distância.
- É pelos 3 meses que a criança descobre as mãos e brinca com elas.

Questão 1.b.

Assinale o carácter verdadeiro (V) ou falso (F) das seguintes afirmações:

- Aos 6 meses a criança esquece o brinquedo, se este sair do seu campo de visão (se cair).
- Com 3 meses a criança já consegue pegar num objecto entre o polegar e o indicador (fazer pinça).
- Aos 12 meses a criança atira, voluntariamente, os objectos para o chão.
- Para 1 mês de idade posso usar objectos coloridos e com sons.
- Na faixa entre 1-3 meses, devo manter a criança deitada na horizontal para que possa ver melhor.
- Entre os 3-6 meses posso introduzir as bolas e os cubos.
- Os brinquedos de "empurrar-puxar" podem ser introduzidos na brincadeira pelos 3 meses.
- Devemos sempre escolher a brincadeira pela criança.
- A brincadeira com os pais não influencia a personalidade da criança.

ANEXO III – Folheto informativo

COMO BRINCAR?

1-3 MESES

- Fale/interage com o seu filho
- Objectos com sons e músicas (móviles)
- Objectos coloridos e com movimento
- Ambientes claros e escuros
- Posição vertical (cadeirinha)
- Passeie, balance, movimento o corpo
- Massagem e carícias

3-6 MESES

- Ria/fale com o seu filho
- Repita os sons
- Sinos, chocalhos, guizos
- Sons de animais
- Caixas de música/móviles
- Espelhos inquebráveis
- Panos/tecidos de cores fortes
- Coloque o seu filho no chão
- Várias posições (sentar, gatinhar, balançar)
- Cadeira de baloiço
- Brincar na e com a água
- Texturas macias e diferentes
- Bolas, cubos e peluches

6-9 MESES

- Móviles/tapetes
- Livros com imagens/cores/texturas/luzes
- Sentar e cavalgar em cima do joelho
- Movimento cima/baixo

- Use o parque
- "Esconde-esconde"
- Brincar na e com a água
- Dê um brinquedo e depois outro a seguir/atre uma bola (estímulo 2 mãos)
- Dê brinquedo mole para mascar e sugar

9-12 MESES

- Cante música e conte histórias
- Estimule a linguagem
- Figuras geométricas (faça torre com 2 blocos)
- Livros com imagens/texturas/velcro e esponjas
- Ofereça copo e colher
- Bolas grandes
- Banquinho/suporte para apoio
- "Esconde-esconde"
- Crie espaços livres
- Brinquedos "empurrar – puxar"
- Brinquedos com botões para carregar (telefone) esconderijos
- Jogos de encaixe/empilhar
- Trabalhe a "pinça" (oferecer objectos pequenos)
- Permita mexer na comida

BRINQUE COM O SEU FILHO!

Para consulta (livros):

- O mundo da criança (Diane Papalia)
- Aprender Cedo (Dorothy Einar)
- Enf. Fátima Barros (Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria – UCP)
- Enf. Fátima Marques (Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria – UCC Matosinhos)

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

(0-12 meses)



Janeiro, 2012

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

Brincar possibilita que a criança adquira as capacidades necessárias para o desenvolvimento e crescimento:



- Desenvolvimento motor
- Desenvolvimento intelectual
- Desenvolvimento emocional
- Desenvolvimento cognitivo
- Desenvolvimento da actividade

Brincar possibilita que a criança:

- Sinta o seu corpo em funcionamento
- Crie a sua própria individualidade
- Aprenda a relacionar-se com os outros
- Controle a sua ansiedade
- Aprenda a mexer nos objectos
- Crie a sua própria autonomia
- Comunique
- Explore o mundo
- Se sintam bem



DE QUE É O MEU FILHO É CAPAZ!

1 MÊS

- Tentativas de levar a mão à boca
- Tem reflexo de marcha e de subir o degrau
- Segue bola encarnada a 20 cm
- Vira os olhos ao som de uma roca a 20 cm
- Vira os olhos e cabeça à voz humana
- Olha a face da mãe quando fala ou alimenta
- A cabeça pendea para trás até à posição vertical

- Estabelece períodos de interacção com a mãe
- Para de chorar se lhe falar, segura nos braços ou pegue ao colo

3 MESES

- Em decúbito ventral, levanta activamente a cabeça apoiando-se nos antebraços
- Puxado para a posição de sentado, a cabeça acompanha o movimento a partir do meio do percurso
- **Mãos** abertas: descobre-as e brinca com elas
- Segura alguns instantes a roca que lhe é colocada na mão
- Segue os objectos com os olhos
- Vocaliza
- Sorri quando se fala com ele



6 MESES

- Controla a cabeça
- Em decúbito ventral, apoia-se nas mãos, com os braços estendidos
- Em pé sustenta o peso do corpo sobre os membros inferiores, de forma intermitente
- Puxada pelas mãos faz força para se sentar
- Deitada de costas, levanta as pernas na vertical e segura um pé, ou os dois com as mãos
- Preensão palmar
- Se o objecto cai, imediatamente o esquece
- Vocaliza muito
- Procura fonte sonora



- Interessado pelo meio ambiente

9 MESES

- Senta-se sozinho
- Passa de uma posição para a outra (sentado, de gatas)
- Tem equilíbrio quando se inclina
- Põe-se de pé apoiando-se
- Tenta pegar num pequeno objecto entre o polegar e o indicador
- Transfere os objectos de uma mão para a outra
- Procura o objecto que cai
- Repete sons ou sílabas
- Começa a praticar a imitação



12 MESES

- Senta-se sem apoio
- Passa de uma posição para a outra (sentada, de gatas, de pé)
- Quando sentado, vira-se para agarrar objectos
- Andá com apoio
- Explora e manipula objectos
- Pega num objecto pequeno (smartie) entre o polegar e o indicador
- Atrai, voluntariamente, objectos para o chão
- Procura objecto escondido
- Compreende ordens simples
- Imita certos gestos ou mímicas
- Sacode a cabeça para dizer não



ANEXO V – Avaliação da Sessão do Curso de Educação Parental

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ESTIMULAR O DESENVOLVIMENTO: A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR”

Descrição da sessão

A sessão aconteceu no dia 17 de Janeiro pelas 15h, na UCC de Matosinhos, na sala de Preparação para a Parentalidade. As cadeiras foram colocadas em U, de forma a facilitar o contacto visual entre todos os participantes e proporcionar a interação entre o grupo.

Nº de formandos: 8

- 6 mães;
- 2 pais;
- 6 bebés.

A sessão decorreu pelo melhor, com partilha de experiências, discussão de ideias, revelando-se um espaço de aprendizagem mútua. O grupo revelou-se atento e participativo com grande interacção entre os diferentes elementos.

Organização da sessão

Introdução

- A minha apresentação foi breve, uma vez que ao longo do estágio já tinha contactado com este grupo de pais, fazendo um resumo do assunto a desenvolver, bem como a metodologia a adotar.

Desenvolvimento

- O método utilizado pareceu-me o mais adequado para o tipo de sessão: permitiu a não só a transmissão de informação pretendida, mas também exposição e partilha de experiências.
- A exposição de vídeos, aquando da explicação de alguns aspectos mais teóricos como as características das diferentes etapas de desenvolvimento, revelou-se uma mais-valia para a compreensão e integração da informação por parte dos pais, para além de captar a atenção. À medida que iam abordando alguns brinquedos a demonstração dos mesmos através de imagens facilitou, igualmente, a compreensão da temática.

- O tempo previsto para o desenvolvimento da sessão foi cumprido, uma vez que foi planeado tendo em conta o eventual cansaço por parte dos pais e agitação dos bebés.

Conclusão

- A conclusão constituiu mais um momento de partilha em que os pais motivados sintetizaram alguns dos aspectos mais importantes.
- A realização do teste de formação foi bastante rápida o que facilitou a conclusão da sessão.

Avaliação dos conhecimentos adquiridos

Numa apreciação global, parece-me que a sessão foi bastante positiva. Considero que os objectivos foram atingidos, na medida em que os pais tiveram oportunidade de apreender nova informação, reforçar alguma informação que já detinham, assim como suprimir as dúvidas que possuíam.

De forma a avaliar a adequação da sessão, bem como se os conhecimentos transmitidos foram efectivamente adquiridos foi realizado um teste de formação no final da sessão que foi resolvido pelos pais (foi informado qual o objectivo da aplicação do questionário).

Dados colhidos:

- Num total de oito questionários, obtive 89% de respostas certas.

Principais conclusões:

- Houve apreensão da importância do brincar para a estimulação do desenvolvimento e crescimento da criança;
- Houve apreensão da importância do envolvimento dos pais na brincadeira;
- Houve apreensão dos brinquedos mais adequados para cada faixa etária;
- A maior dificuldade dos pais reside na integração e interligação das diferentes tarefas que dizem respeito a cada faixa etária.

Neste sentido, numa próxima sessão fiz uma pequena revisão apenas destes aspectos finais, focalizando as questões que os pais demonstraram ter mais dificuldades, de forma a garantir aprendizagens significativas.

De facto esta experiência contribuiu para a minha formação, para além de me apoiar na concretização de um dos meus objectivos principais: promover a parentalidade.

ANEXO VI – Ação de Educação para a Saúde em contexto escolar



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE PÓS-LICENCIATURA
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL
E PEDIATRIA**

**Planeamento da Sessão
“ Saúde Oral no Jardim de Infância I”**

Módulo I

Aluna: Fátima Barros

Matosinhos, Janeiro de 2012

ÍNDICE

	Folha
0 – INTRODUÇÃO	3
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO.....	4
2 – POPULAÇÃO ALVO	5
3 – AGENDAMENTO	5
4 – OBJECTIVOS	5
4.1 – Objectivos do formador.....	5
4.2 – Objectivos educacionais.....	5
5 – CONTEÚDOS DA ACÇÃO	6
6– RECURSOS	6
7 – ESTRATÉGIAS/METODOLOGIAS	7
8 – PLANO DE SESSÃO	8
9 – CONCLUSÃO	10
10 – BIBLIOGRAFIA.....	10

INTRODUÇÃO

As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie dentária e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes (DGS, 2005).

Como é do conhecimento geral, a população portuguesa apresenta um grande défice a nível de higiene oral, o que, desde cedo, faz sentir os seus efeitos. Alguns problemas a nível de cavidade oral, como as cáries dentárias, constituem uma característica extremamente comum em Portugal, verificando-se em particular na infância e adolescência, o que se torna, por si só, num grave problema de saúde pública.

O certo é que a nível do âmbito da promoção de saúde oral, na UCC de Matosinhos, são realizados rastreios orais, a nível das escolas, e no decorrer dos mesmos a equipa de saúde escolar depara-se com inúmeras crianças com cáries dentárias, placa bacteriana, ausência e má higiene oral, bem como uma alimentação incorrecta.

Assim sendo, torna-se importante que se desenvolva um trabalho de promoção de saúde oral junto destas crianças para que, desde cedo, possam adquirir conhecimentos básicos sobre o tema, bem como aprender e adquirir hábitos correctos de higiene oral com vista a evitar futuros problemas e melhorar, conseqüentemente, a sua saúde oral.

Para que tudo isto seja possível, e uma vez que o Estado não tem capacidade de resposta e a profilaxia nesta área apresenta muitas carências, é premente apostar na prevenção e na educação desta faixa etária para uma melhor saúde oral. É, então, a nível das escolas que isto se pode verificar, uma vez que esta possui um papel fundamental na formação dos hábitos alimentares das crianças, não só dentro da sala de aula, de acordo com os conteúdos curriculares, mas também através da influência dos pares e professores.

Como aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do estágio de Saúde Infantil – Módulo I, propus-me a integrar o “*Projecto Sorrisos + PASSEzinho*”, com intervenção a nível dos Jardins de Infância, que será iniciado este mês pela equipa de saúde escolar. Tendo em conta a pertinência desta temática e tendo a consciência do quão importantes podemos ser para a mudança de hábitos/atitude e, conseqüentemente, para uma melhor higiene oral das nossas crianças, integro este projecto com afinco e motivação.

I.CONTEXTUALIZAÇÃO

No âmbito do Estágio do Módulo I – Saúde Infantil, propus-me a participar activamente no Projecto de Saúde Oral, designado “*Projecto Sorrisos + PASSEzinho*”, que a UCC de Matosinhos está a desenvolver a nível dos Jardins de Infância do Concelho de Matosinhos.

O presente projecto tem como objectivo melhorar conhecimentos e comportamentos sobre a alimentação e higiene oral na comunidade escolar e prevê a realização de sessões para a promoção da saúde oral e implementação de técnicas de escovagem. Na UCC de Matosinhos, este projecto está a cargo da equipa de saúde escolar que é da responsabilidade das Enfermeiras Sandra Santos e Teresa Cardoso.

Desta forma, desenvolverei a intervenção no Jardim de Infância inserido na Escola EBI de Matosinhos. O projecto já teve início com uma visita programada ao Jardim de Infância, para conhecimento das educadoras e da população alvo e para programação da actividade I do *PASSEzinho*. De seguida, iremos à escola para colocar em prática a primeira actividade do *Projecto PASSEzinho*, a todas as crianças das quatro turmas existentes e posteriormente iremos realizar o rastreio de saúde oral somente às crianças com cinco anos, ou seja, nascidas em 2006. Neste projecto a equipa de saúde escolar considerou que seria vantajoso iniciar pela actividade e somente após realizar o rastreio, de forma a conseguirmos estabelecer uma relação mais próxima com as crianças e que as mesmas sejam mais receptivas e estejam sem receios.

2.POPULAÇÃO ALVO

A presente sessão destina-se a todas as crianças do Jardim de Infância da Escola EBI de Matosinhos (78 alunos, das quatro turmas).

3.AGENDAMENTO

A sessão será realizada nas salas de aula, em cada uma das quatro turmas do Jardim de Infância no dia 5 de Janeiro de 2012, pelas 9.15h, com duração de aproximadamente 45 minutos em cada turma.

4.OBJECTIVOS

4.1 OBJECTIVOS DO FORMADOR

- Transmitir informação sobre o número de vezes que se deve lavar os dentes, salientado a importância da lavagem à noite.
- Promover comportamentos salutogénicos na área da saúde oral.

4.2 OBJECTIVOS EDUCACIONAIS

- Que as crianças fiquem sensibilizadas para a importância da lavagem dos dentes;
- Que as crianças saibam quantas vezes devem lavar os dentes;

- Que as crianças conheçam os momentos após os quais devem lavar;
- Que as crianças saibam a importância da lavagem dos dentes à noite;
- Que as crianças sejam capazes de ensinar ao “Dentinho” (personagem fictícia criada para o projecto), o que aprenderam na sessão.

5.CONTEÚDOS DA ACÇÃO

Na presente sessão serão abordados como conteúdos/temáticas associadas ao foco central:

- A importância da higiene oral;
- Quando se devem lavar os dentes;
- A importância de nunca esquecer a lavagem da noite;
- Quantas vezes por dia se devem lavar os dentes.

6.RECURSOS

A presente sessão visa a utilização de:

- Espaço físico - sala de aula;

- Colchões para as crianças de sentarem em roda;
- Quatro cartões com os números 1, 2, 3 e 4, para a actividade;
- O “Dentinho”, a personagem fictícia para as crianças demonstrarem a sua aprendizagem;
- Espátulas para o rastreio;
- Computador para o registo dos dados.

7. ESTRATÉGIAS/METODOLOGIAS

Para a sessão a apresentar serão utilizadas como estratégias e metodologias na fase de apresentação, o método interactivo, na fase de desenvolvimento, onde serão abordados os conteúdos e se fará uma actividade, utilizar-se-á o método expositivo, interactivo e demonstrativo. Já na conclusão os métodos escolhidos serão o método interactivo e interrogativo.

8. PLANO DA SESSÃO

	<i>Duração</i>	<i>Conteúdo</i>	<i>Metodologia</i>	<i>Avaliação</i>
INTRODUÇÃO	5 Minutos	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação dos formadores;- Apresentação do tema, objectivos e sumário da sessão;	<ul style="list-style-type: none">- Método interactivo	<ul style="list-style-type: none">- Feedback das crianças: observar o entusiasmo das mesmas, bem como o seu interesse;- Postura do público;- Aceitação do público;
DESENVOLVIMENTO	20 Minutos	Desenvolvimento da actividade: após a conversa com as crianças sobre a temática em questão distribuir 4 cartões com o número 1, 2, 3 e 4, por quatro crianças aleatórios, que significam o número de	<ul style="list-style-type: none">- Método expositivo- Método interactivo- Método demonstrativo	<ul style="list-style-type: none">- Feedback do público;- Postura do público;- Participação do Público: observação da sua atenção, interagindo com o mesmo.

		vezes que se deve lavar os dentes. Após essa distribuição, pede-se às restantes crianças para se colocarem por detrás do colega que tem o número mais correcto para as vezes que se devem lavar os dentes. De seguida debate-se sobre o resultado, de forma a consolidar as aprendizagens.		
CONCLUSÃO	15 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação imediata através dos ensinamentos que cada criança irá fazer, ensinando o “Dentinho” sobre quantas vezes se devem lavar os dentes e que nunca se pode esquecer da lavagem da noite. - Reforço das ideias-chave. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método interactivo - Método interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback do público; - Participação do público: Observação da interiorização, assimilação e compreensão dos aspectos abordados relativos ao tema.

9.CONCLUSÃO

Reconheço, indubitavelmente, a pertinência e importância da prevenção e tenho a consciência que esta deve começar desde a concepção de cada indivíduo: mas nunca é tarde para intervir e quando nos debruçamos sobre grupos de risco, a educação para a saúde faz, realmente, todo o sentido. É neste sentido que desenvolvo a sessão a nível das escolas, no âmbito da promoção da saúde escolar: saúde oral.

Com a presente sessão pretendo atingir, com sucesso, os objectivos estipulados e contribuir, futuramente, para a promoção da saúde oral das crianças.

10.BIBLIOGRAFIA

- Direcção-Geral da Saúde (2005, Janeiro). *Programa nacional de promoção da saúde oral*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

ANEXO VII – Atividade I PASSEZinho

SAÚDE ORAL

Actividade I (PASSEzinho)

Como escovar os dentes?

Objectivo PASSE: promoção de comportamentos salutogénicos na área da saúde oral.

1ª Fase:

A enfermeira promove discussão sobre o número de vezes diárias que as crianças devem lavar os dentes.

2ª Fase:

Após breve diálogo, a que a enfermeira não dá resposta, nomeiam-se quatro ou cinco alunos que ficam com folhas numeradas de uma a cinco. Pede-se então que as crianças vão para trás do aluno que tiver o número que acham que corresponde à resposta certa para a questão sobre o número de vezes diárias que se deve lavar os dentes.

3ª Fase:

A enfermeira dá a resposta certa: pelo menos duas a três vezes por dia. Toda a turma deve então reunir-se em torno do aluno que tenha o número dois (dois ou três). Ressalva-se ainda que uma das escovagens deve ser realizada antes de deitar.

4ª Fase:

Sistematização das aprendizagens junto da personagem fictícia (ou mascote). As crianças, uma a uma, dizem a aprendizagem que querem dar à mascote. Se todos concordarem, ela levanta-se e vai até a mascote fazer a sua contribuição.

ANEXO VIII – Avaliação da Sessão de Intervenção em Saúde escolar

Avaliação da Sessão e rastreio de Saúde Oral “Projecto Sorrisos + PASSEzinho no JI”

Dia: Sessão dia 5.01.2012
Local de intervenção: Jardim de Infância da EBI de Matosinhos

Resumo da avaliação

Sessão a 4 turmas:

- Turma 1 – 20 crianças
- Turma 2 – 16 crianças
- Turma 3 – 22 crianças
- Turma 4 – 20 crianças

- Total de crianças alvo da sessão: 78 crianças

Rastreio de saúde oral (a crianças nascidas em 2006 – 5 anos):

- Turma 1 – 5 crianças:
 - 9 cáries dentárias
 - 1 dente obturado
- Turma 2 – 8 crianças
 - 13 cáries dentárias
- Turma 3 – 6 crianças
 - 2 dentes obturados
- Turma 4 – 6 crianças
 - 3 cáries dentárias

- Total de crianças rastreadas: 25 crianças

ANEXO IX – Protocolo da Sacarose

Hospital Pedro Hispano - ULS Matosinhos
Serviço de Obstetrícia

Analgesia do lactente com sacarose a 24%

POSOLOGIA

Peso do RN	Quantidade por procedimento	Dose total diária RN pré-termo	Dose total diária RN de termo
Abaixo de 1,5 kg	0,20 ml	0,8 ml	1,6 ml
1,5 a 2 kg	0,30 ml	1,2 ml	2,4 ml
2 a 2,5 kg	0,50 ml	2 ml	4 ml
2,5 a 3 kg	1 ml	4 ml	8 ml
RN de 3 meses ou peso superior de 3 kg	2 ml		16 ml

Fonte: Protocolo de administração de sacarose no recém-nascido do serviço de Neonatologia do Hospital Pedro Hispano. (30/07/07)

ANEXO X – Formação de pares: “Proteção Social na Parentalidade”

PROTECÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

Fátima Barros

CMEESIP - UCP
Junho de 2011

PROTECÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE

OBJECTIVOS:

- Conhecer os direitos que conferem protecção à Parentalidade.
- Sensibilizar para a importância da informação e esclarecimento dos utentes sobre os seus direitos e os meios de exercer.

PROTECÇÃO DA MATERNIDADE E DA PATERNIDADE

“A constituição e as leis conferem protecção à maternidade e paternidade garantindo aos trabalhadores pais, igualdade de oportunidade no acesso ao emprego e à formação profissional, em condições de trabalho de forma que lhes permita conciliar a actividade profissional e a vida familiar.”

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA

PROTECÇÃO DA MATERNIDADE E DA PATERNIDADE

“(…) 1. A família, como elemento fundamental da sociedade, tem direito à protecção da sociedade e do estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros (...)”

Artigo 67º - Família
CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA

PROTECÇÃO DA MATERNIDADE E DA PATERNIDADE

“1. A Maternidade e a Paternidade constituem valores sociais eminentes.

2. Os trabalhadores têm direito à protecção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível acção em relação ao exercício da parentalidade.”

Artigo 33º - Parentalidade
LEI Nº 7 DE 12 DE FEVEREIRO DE 2009

Protecção Social na Parentalidade

Atribuição de subsídios nas situações de risco clínico durante a gravidez, de interrupção da gravidez, de risco específico, de nascimento de filhos, de adopção e de assistência a filhos e a netos.

No caso dos trabalhadores, os subsídios substituem os rendimentos de trabalho perdidos durante os períodos de impedimento para a actividade profissional.

PROTECÇÃO SOCIAL NA PARENTALIDADE
Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril

Protecção Social na Parentalidade

Subsídios	Subsídios sociais
Subsídio por risco clínico durante a gravidez	Subsídio social por risco clínico na gravidez
Subsídio por interrupção da gravidez	Subsídio social por interrupção da gravidez
Subsídio por riscos específicos	Subsídio por riscos específicos
Subsídio parental: > Inicial > Exclusivo da mãe > Exclusivo do pai > Inicial de um progenitor em caso de impossibilidade do outro	Subsídio Social parental: > Inicial > Exclusivo da mãe > Exclusivo do pai > Inicial de um progenitor em caso de impossibilidade do outro
Subsídio por adopção	Subsídio Social por adopção
Subsídio para assistência a filho (NATI)	
Subsídio para assistência a filho com deficiência ou doença crónica	
Subsídio para assistência a neto	

Protecção Social na Parentalidade

Quem tem direito?

Os subsídios são atribuídos a:

- Trabalhadores por conta de outrem;
- Trabalhadores independentes;
- Pessoas abrangidas pelo Seguro Social Voluntário (bolsistas de investigação científica e trabalhadores em barcos estrangeiros);
- Beneficiários que estejam a receber subsídio de desemprego;
- Beneficiários em situação de pré-reforma que exerçam actividade abrangida pelos regimes dos trabalhadores por conta de outrem, dos trabalhadores independentes ou pelo seguro social voluntário.

São atribuídos os subsídios sociais a:

- Pessoas que não estejam a contribuir para a segurança social ou que, estando, não tenham o período de contribuições necessário para acesso às prestações e estejam em situação de carência económica.

Protecção Social na Parentalidade

**SUBSÍDIO PARENTAL
SUBSÍDIO SOCIAL PARENTAL**

INICIAL

Atribuído ao pai e à mãe, por nascimento de filho.

É concedido até 120 ou 150 dias seguidos, de acordo com opção do pai e da mãe. O período depois do parto pode ser partilhado por ambos, sendo obrigatório a mãe gozar as primeiras 6 semanas (42 dias).

A estes períodos acrescem 30 dias por motivo de:

- Nascimento de gémeos (por cada criança nascida com vida);
- Partilha da licença, se o pai e a mãe gozarem, em exclusivo, um período de 30 dias consecutivos ou dois períodos de 15 dias consecutivos, após o gozo obrigatório das 6 semanas da mãe.

Protecção Social na Parentalidade

**SUBSÍDIO PARENTAL
SUBSÍDIO SOCIAL PARENTAL**

INICIAL

Em caso de internamento hospitalar da criança ou progenitor (...), o período de licença suspende-se, a pedido do progenitor, pelo tempo de duração do internamento.

A suspensão é feita mediante comunicação ao empregador, acompanhada de declaração emitida pelo estabelecimento hospitalar.

Protecção Social na Parentalidade

5 dias seguidos ou interpolados, nos 30 dias seguintes ao nascimento do filho.

10 dias obrigatórios: 5 dias seguidos, imediatamente após o nascimento de filho.

INICIAL EXCLUSIVO DO PAI

Protecção Social na Parentalidade

**SUBSÍDIO PARENTAL
SUBSÍDIO SOCIAL PARENTAL**

INICIAL DE UM PROGENITOR EM CASO DE IMPOSSIBILIDADE DO OUTRO

Atribuído ao pai ou à mãe, por nascimento de filho, em caso de incapacidade física ou psíquica, ou de morte de um deles, durante o período de subsídio parental inicial que faltava gozar ao outro progenitor (pai ou mãe).

Protecção Social na Parentalidade

SUBSÍDIO POR ADOÇÃO SUBSÍDIO SOCIAL POR ADOÇÃO

Atribuído aos candidatos a adoptantes de menores de 15 anos, durante um período até 120 ou 150 dias seguidos (não estão incluídos os filhos do cônjuge do beneficiário ou da pessoa com quem este viva em união de facto).

• A estes períodos acrescem 30 dias seguidos, que podem ser gozados apenas por um ou repartidos por ambos os adoptantes, nos casos de:
✓ Partilha do período do subsídio;
✓ Adopções múltiplas.

Nas situações de incapacidade física ou psíquica, ou de morte de um dos adoptantes, o subsídio é atribuído ao outro adoptante, pelo restante período que faltava gozar ou durante 14 dias, no mínimo.

Protecção Social na Parentalidade

FALTA PARA ASSISTÊNCIA A FILHO

Atribuído ao pai ou à mãe, para prestar assistência imprescindível e inadiável a filho, por motivo de doença ou acidente, se o outro progenitor trabalhar, não pedir o subsídio pelo mesmo motivo e estiver impossibilitado de prestar assistência, durante:

- 30 dias seguidos ou interpolados, em cada ano civil ou durante o período de internamento, no caso de menor de 12 anos ou, independentemente da idade, com deficiência ou doença crónica;
- 15 dias seguidos ou interpolados, em cada ano civil, no caso de maior de 12 anos.

No caso do filho ter mais de 18 anos a atribuição do subsídio depende de este estar integrado no agregado familiar do beneficiário.

Protecção Social na Parentalidade

LICENÇA PARA ASSISTÊNCIA A FILHO

Os progenitores têm direito a licença para assistência a filho, de modo interpolado ou consecutivo, até ao limite de 2 anos.

No caso de terceiro filho ou mais, a licença tem o limite de três anos.



O direito à licença só é válido se o outro progenitor exercer actividade profissional ou estiver impedido ou inibido de exercer o poder paternal.

Protecção Social na Parentalidade

SUBSÍDIO PARA ASSISTÊNCIA A FILHO COM DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÓNICA

Atribuído ao pai ou à mãe, para prestar assistência a filho com deficiência ou doença crónica, integrado no agregado familiar, se o outro progenitor trabalhar, não pedir o subsídio pelo mesmo motivo e estiver impossibilitado de prestar assistência.

É concedido por um período até 6 meses, prorrogável até 4 anos.

Protecção Social na Parentalidade

POR NASCIMENTO DE NETO

• Atribuído aos avós ou equiparados, em caso de nascimento de neto que viva com eles em comunhão de mesa e habitação e seja filho de adolescente menor de 16 anos, durante um período até 30 dias seguidos, a gozar de modo exclusivo ou partilhado.

PARA ASSISTÊNCIA A NETO

• Atribuído aos avós ou equiparados, em substituição dos progenitores, para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente, ao neto menor ou, independentemente da idade, com deficiência ou doença crónica.

Protecção Social na Parentalidade

SUBSÍDIOS	Montante diário (% da Remuneração de Referência - RR)
✓ Por Risco Clínico durante a Gravidez ✓ Por Interrupção da Gravidez	100%
✓ Parental Inicial ✓ Por Adopção	100% - Nos casos de: ♦ 120 dias; ♦ 150 dias (120+30) por partilha de subsídio; ♦ Acréscimo (nascimento ou adopções múltiplas)
	83% - No caso de 180 dias (150+30) por partilha de subsídio
	80% - No caso de 150 dias
✓ Por Riscos Específicos ✓ Para Assistência a Filho	65%
✓ Para Assistência a Filho com Deficiência ou Doença Crónica	65%
✓ Para Assistência a Neto	100% - Por nascimento de neto 65% - Por assistência a neto

Protecção Social na Parentalidade

Subsídios Sociais	Montante diário (% de 1/30 do valor do IAS)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Por Risco Clínico durante a Gravidez ✓ Por Interrupção da Gravidez ✓ Por Riscos Específicos 	80%
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parental Inicial ✓ Por Adopção 	80% - Nos casos de: -120 dias -150 dias (120+30) por partilha de subsídio -Acréscimo (nascimento ou adopções múltiplas) 66% - No caso de 180 dias (150+30) por partilha de subsídio 64% - No caso de 150 dias

LEGISLAÇÃO NACIONAL

Para mais informações:

Segurança Social	Ligue 808 266 266 / 800 204 684 Consulte site www.seg-social.pt
Comissão para a Igualdade no trabalho e no emprego	Consulte site www.cite.gov.pt

LEGISLAÇÃO NACIONAL

- Constituição da República Portuguesa – Artigo 68º - Paternidade e Maternidade
- Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto – Aprova o código de trabalho
- Lei nº 35/2004 de 29 de Julho – Regulamenta a lei 99/2003, de 27 de Agosto, que aprovou o Código de Trabalho
- Decreto-Lei nº154/88, de 29 de Abril – diz respeito à protecção, no âmbito da Segurança Social, da maternidade, da paternidade e da adopção, com as alterações introduzidas pelos Decretos-Lei nº333/95 de 23 de Dezembro, Decreto-Lei nº 347/98 de 9 de Novembro, Decreto-Lei nº77/2000 de 9 de Maio e Decreto-Lei nº 77/2005 de 13 de Abril
- Decreto-Lei nº259/98, de 18 de Agosto - que estabelece as regras e os princípios gerais em matéria de duração e horário de trabalho na Administração Pública
- Lei nº 90/2001, de 20 de Agosto - que define medidas de apoio social às mães e pais estudantes
- Portaria nº 1514/2008 de 24 de Dezembro, define o valor do indexante dos apoios sociais(IAS) para 2009
- Decreto-lei nº89/2009 de 9 de Abril regulamenta a protecção na parentalidade dos trabalhadores que exerçam funções públicas integrados no regime de protecção social convergente.
- Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril - Protecção social na parentalidade no âmbito da Segurança Social, da maternidade, da paternidade e adopção, deitando o Dec. Lei nº 154/88 de 9 de Abril
- Lei nº 7/2009 de 12 de Fevereiro aprova a revisão do código de trabalho (rectificada pela declaração de rectificação nº21/2009), de 18 de Março

ANEXO XI – Planeamento da formação de pares



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
INFANTIL E PEDIATRIA**

**Planeamento da Sessão
“Protecção à Parentalidade”**

Módulo II

Aluna: Fátima Barros

Matosinhos, Junho de 2011

ÍNDICE

	Folha
0 – INTRODUÇÃO	3
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO.....	4
2 – POPULAÇÃO ALVO	5
3 – AGENDAMENTO	5
4 – OBJECTIVOS	5
4.1 – Objectivos do formador.....	5
4.2 – Objectivos educacionais.....	5
5 – CONTEÚDOS DA ACÇÃO	6
6– RECURSOS	6
7 – ESTRATÉGIAS/METODOLOGIAS	6
8 – PLANO DE SESSÃO	7
9 – CONCLUSÃO	9
10 – BIBLIOGRAFIA.....	9
11 – ANEXOS.....	9
Teste de avaliação	
Avaliação da acção/Actuação do formador	

INTRODUÇÃO

Promover a Parentalidade é uma temática corrente e uma prática constante na prestação de cuidados diária dos Enfermeiros que cuidam de crianças. É um imperativo numa prática de cuidados de excelência, pelo que se torna essencial que os enfermeiros se mantenham informados sobre os vários itens e sobre as várias temáticas que envolvem este foco da nossa atenção.

No âmbito do Estágio do Módulo II, realizado no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, tive a oportunidade de trabalhar esta temática de forma a contribuir para uma parentalidade adequada e o mais saudável possível. Muitos foram os esforços nesse sentido e muitos os obstáculos ultrapassados, tendo sempre a satisfação de observar ganhos a este nível.

No decorrer deste percurso de aprendizagem fui atendendo a aspectos que poderia melhorar, quer na minha prática, quer a nível da equipa de enfermagem, que a meu ver faz um trabalho fundamental nesta área. Por conseguinte, fui detectando algumas lacunas na informação prestada pelos profissionais no âmbito dos direitos que assistem os pais na assistência aos seus filhos, derivado do internamento.

Assim sendo, e não descurando o tema que pretendo que seja transversal em todo este meu percurso de mestrado, torna-se importante que se desenvolva um trabalho de informação e promoção dos conhecimentos a nível da legislação actual sobre a parentalidade. Se os profissionais estiverem devidamente esclarecidos podem passar esses mesmos conhecimentos para os pais que beneficiarão com estes direitos que os assistem. Não esqueçamos que é fundamental partirmos “Da Parentalidade...para uma criança mais saudável e feliz”.

I.CONTEXTUALIZAÇÃO

A parentalidade tem sido, actualmente, uma temática que tem merecido a atenção de diferentes disciplinas, entre as quais se destaca a enfermagem. Cruz (2005) afirma que a parentalidade constitui um “conjunto de acções encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe a família e, fora dela, na comunidade”. Como sabemos, criar e cuidar de uma criança é um desafio tremendo que comporta um elevado grau de responsabilidade para os progenitores, pela complexidade de competências e saberes necessários, e exige profundas alterações nos papéis do casal, acompanhadas de necessidades de redefinição e reorganização de projectos de vida, com padrões de prestação de cuidados que podem influenciar a interacção pais-criança no futuro.

Assim, esta questão da parentalidade está patente em todos os contextos que envolvem a criança e o jovem, desde o seu nascimento e quer em situações de promoção de saúde, durante o decorrer do ciclo vital quer em situações de doença ou de especial complexidade.

Meleis (2000), deixa claro a importância dos enfermeiros para que haja uma transição saudável, ou seja, que só a nossa acção, só o nosso cuidado é que permite aos pais de uma criança doente, aos pais de uma criança com necessidades específicas decorrentes do seu desenvolvimento, se adaptarem a estas novas situações, decorrentes por exemplo de um episódio de internamento. Para esta autora somos os cuidadores que têm a capacidade para preparar as pessoas para as transições e que facilitam o processo de aprendizagem de novas competências, de forma a contribuir para uma vivência saudável da criança.

Assim, não poderia deixar passar esta oportunidade de estágio neste serviço, de através de formação de pares, contribuir para o esclarecimento dos profissionais e, indirectamente, dos pais, acerca da legislação existente que protege esta mesma parentalidade, acabando por concorrer para a sua promoção.

2.POPULAÇÃO ALVO

A presente sessão de formação destina-se ao grupo de enfermeiros a exercerem funções no Serviço de Pediatria, do Hospital Pedro Hispano.

3.AGENDAMENTO

A sessão será apresentada na sala de reuniões do Serviço de Pediatria, no dia 21 de Junho de 2011, pelas 14.30h, com duração de aproximadamente 30 minutos.

4.OBJECTIVOS

4.1 OBJECTIVOS DO FORMADOR

- Transmitir informação sobre a legislação actual, que confere protecção à parentalidade

4.2 OBJECTIVOS EDUCACIONAIS

- Que os enfermeiros fiquem sensibilizados para a importância do conhecimento da legislação actual sobre a parentalidade
- Que os enfermeiros conheçam a legislação que confere protecção à parentalidade
- Que os enfermeiros conheçam os diferentes locais para consulta e pesquisa de informação sobre legislação da parentalidade
- Que os enfermeiros incorporem na prática as informações transmitidas

5.CONTEÚDOS DA ACÇÃO

Na presente sessão serão abordados vários conteúdos/temáticas associadas ao foco central:

- A legislação que confere protecção à parentalidade;
- Subsídios e subsídios sociais atribuídos (parental, de adopção, de assistência a filho/neto);
- Diferentes remunerações atribuídas;
- Diferentes locais da consulta da legislação.

6.RECURSOS

A presente sessão de formação visa a utilização de um espaço físico que será a sala de reuniões do Serviço de Pediatria.

Para além deste espaço será utilizado uma apresentação em formato power-point, um computador e um data-show.

7.ESTRATÉGIAS/METODOLOGIAS

Para a sessão a apresentar serão utilizadas como estratégias e metodologias na fase de apresentação, o método expositivo e interactivo, na fase de desenvolvimento, onde serão abordados os conteúdos, utilizar-se-á o método expositivo, interactivo e audiovisual. Já na conclusão os métodos escolhidos serão o método interactivo e interrogativo. Ainda nesta fase será apresentado um questionário de avaliação da sessão (próprio da instituição) e um questionário que avaliará os conhecimentos adquiridos por parte da população alvo.

8. PLANO DA SESSÃO

	<i>Duração</i>	<i>Conteúdo</i>	<i>Metodologia</i>	<i>Avaliação</i>
INTRODUÇÃO	2 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do formador; - Apresentação do tema, objectivos e sumário da sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo - Método interactivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback do público: Observar o entusiasmo do mesmo, bem como o seu interesse; - Postura do público; - Aceitação do público;
DESENVOLVIMENTO	20 Minutos	<p>Apresentação da temática, através de uma exposição em formato power-point, onde serão abordados os seguintes itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protecção da parentalidade na legislação; - Subsídios e subsídios 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo - Método interactivo - Método audiovisual 	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback do público; - Postura do público; - Participação do Público: observação da sua atenção,

		<p>sociais a atribuídos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Parental * Adopção * Assistência a filho e a neto - Diferentes remunerações; - Diferentes locais para consulta. 		interagindo com o mesmo.
CONCLUSÃO	8 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação imediata através de um espaço com questões breves e simples, que visam avaliar os conhecimentos adquiridos; - Avaliação formal através de questionário - Reforço das ideias-chave. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método interactivo - Método interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Feedback do público; - Participação do público: Observação da interiorização, assimilação e compreensão dos aspectos abordados relativos ao tema.

9. CONCLUSÃO

Com a presente sessão de formação pretendo atingir, com sucesso, os objectivos estipulados e contribuir, futuramente, para o esclarecimento dos profissionais e, consequentemente, dos pais e/ou prestadores de cuidados, com vista à promoção da parentalidade e ao alcance de uma criança mais saudável e feliz.

10. BIBLIOGRAFIA

- Cruz, O.: Parentalidade. Quarteto, Coimbra, 2005. ISBN: 989-558-054-1.
- Meleis, A. [et al]: Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23, 2000, p.12-28

11. ANEXOS

- Teste de avaliação
- Avaliação da acção/Actuação dos formadores

ANEXOS

ANEXO I – Teste de avaliação

Ficha de Avaliação



Formação	Protecção da Parentalidade: legislação	Acção N.º	-----
Módulo	Formação de pares	Data	21 de Junho de 2011
Formador	Fátima Barros	Cotação	-----
Formando	-----	Classificação	-----

Questão 1.a.

Assinale com uma cruz (X) todas as afirmações que lhe pareçam correctas:

- A interrupção de gravidez não compreende atribuição de qualquer tipo de subsídio.
- Na protecção à parentalidade a assistência a neto tem direito a subsídio.
- O subsídio social é atribuído a quem não "desconta" para a Segurança Social.
- O subsídio parental é apenas atribuído à mãe.
- É obrigatório que a mãe goze, após o parto 6 semanas seguidas.
- A licença parental é somente de 120 dias.
- Em caso de internamento da criança, a licença parental é suspensa.

Questão 1.b.

Assinale o carácter verdadeiro (V) ou falso (F) das seguintes afirmações:

- No caso de adopção, o subsídio atribuído é por 120 ou 150 dias seguidos.
- O subsídio para assistência a filho é atribuído quando somente um dos progenitores pedir essa mesma licença.
- O subsídio de assistência a filho com mais de 18 anos é atribuído sem qualquer cláusula.
- O subsídio por falta para assistência a filho com mais de 12 anos é de 15 dias seguidos ou interpolados, em cada ano civil.
- A licença para assistência a filho vai até ao limite máximo de 1 ano.
- A licença para assistência a filho com deficiência é concedida por um período de 6 meses, prorrogável até 4 anos.
- É atribuído um subsídio para assistência a neto, caso os pais estejam impossibilitados de prestar essa mesma assistência.

ANEXO II – Avaliação da ação/atuação dos formadores

**CENTRO DE FORMAÇÃO E ENSINO PRÉ E PÓS GRADUADO
FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

Identificação do Serviço Psiquiatria
Data da Acção 23/06/2011 Duração da Acção 1h

Identificação Responsável Formação em Serviço

Nome
Serviço Psiquiatria

Identificação Formadores

Nome: Maria de Fátima de Sousa Barros N.º Mec.: 5155
Serviço: Obstetrícia
Nome: _____ N.º Mec.: _____
Serviço: _____
Interno Externo Instituição: _____

Tema da Acção: Protecção social na parentalidade

Objectivos:

- De a conhecer os direitos que conferem protecção à parentalidade

- Identificar a importância da informação e esclarecimento dos utentes sobre os seus direitos

Resumo:

Quais os direitos que assiste os pais / prestadas de cuidados na parentalidade e como consultar a diversa informação existente.

Metodologia: Expositiva / Audiovisual e interactiva

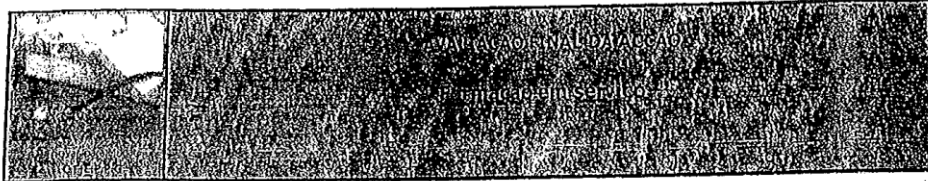
Material Audiovisual:

Data-show (formato power-point)

Avaliação:

Questionário

1/2



1. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO/ACÇÃO/MÓDULO

Designação: _____

Início _____

Fim _____

Duração _____ horas

Instruções de Preenchimento do Questionário

Apreciação da escala de 1 a 4, correspondendo os valores a seguinte escala: 1 - *concordo em absoluto*, 2 - *concordo parcialmente*, 3 - *discordo parcialmente*, 4 - *discordo em absoluto*.

Marcação com X do quadrado escolhido.

1. AVALIAÇÃO DA ACÇÃO

	1	2	3	4
1.1 Os objectivos da acção são perceptíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 O conteúdo da acção é adequado às necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Os temas abordados são actuais e úteis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 A acção/módulo correspondeu às expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Existiu motivação para participar na acção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 As actividades realizadas são adaptadas à sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 As instalações são adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Os meios audiovisuais são os necessários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 A documentação é apropriada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11 O apoio técnico/administrativo/pedagógico é eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ACTUAÇÃO DOS FORMADORES

2.1 Formador

O formador demonstra domínio sobre o(s) assunto(s) abordado(s)

1	2	3	4

2.2 Formador

Os métodos adoptados pelo formador são adequados relativamente aos objectivos da acção/módulo

--	--	--	--

2.3 Formador

A linguagem utilizada pelo formador é adequada

--	--	--	--

2.4 Formador

O formador demonstra empenho na condução da acção/módulo

--	--	--	--

2.5 Formador

O relacionamento com o grupo de trabalho foi bom

--	--	--	--

3. SUGESTÕES/CRÍTICAS

3.1 Aspectos positivos na acção

3.2 Aspectos a melhorar

3.3 Sugestões

Nome (opcional) _____ Data: ____ / ____ / ____

ANEXO XII – Plano de integração dos profissionais na UCC

INTEGRAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UCC DE MATOSINHOS

A integração dos novos profissionais de enfermagem processa-se em quatro momentos distintos:

1º PERÍODO – 1º dia

- Apresentação do profissional à equipa
- Conhecimento das instalações da unidade

2º PERÍODO – 2º e 3º dia

- Conhecimento da organização através de consultas de manuais, normas e protocolos.

3º PERÍODO – 4º ao 15º dia

- Integração dos novos profissionais na prestação de cuidados, acompanhados pelo enfermeiro responsável ou pelo enfermeiro a quem delegou a função.

4º PERÍODO – 15º ao 20º dia

- Período destinado para colmatar as necessidades específicas sentidas pelo novo profissional.

